

被保険者資格喪失届

70歳以上被用者不該当届

令和6年10月更新

令和元年 6月 8日 提出

事業所整理記号	00	-	アイウ	事業所記号	.....
提出者記入欄	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 123-4567 神奈川県横浜市中区〇〇町1-20-3 健保ソリューション株式会社 代表取締役社長 佐藤 太郎 045(567)8901				

社会保険労務士記載欄

氏名等

被保険者1	① 被保険者整理番号	6	② 氏名	(フリガナ) (氏) ケンポ (名) 健保	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	100805	年 月 日	
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	.....	.....	.....	⑤ 喪失年月日	9.令和 021201	⑥ 喪失(不該当) 原因	④ 退職等(令和2年11月30日退職等) 5.死亡(令和年月日死亡) 7.75歳到達(健康保険のみ喪失) 9.障害認定(健康保険のみ喪失) 11.社会保障協定
	⑦ 備考				資格確認書回収	添付 1 枚	⑧ 70歳不該当	□ 70歳以上被用者不該当 (退職日又は死亡日を記入してください)	

被保険者2	① 被保険者整理番号	.....	② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	.....	年 月 日
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	.....	.....	.....	⑤ 喪失年月日	9.令和	⑥ 喪失(不該当) 原因	④ 退職等(令和年月日退職等) 5.死亡(令和年月日死亡) 7.75歳到達(健康保険のみ喪失) 9.障害認定(健康保険のみ喪失) 11.社会保障協定
	⑦ 備考				資格確認書回収	添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	⑧ 70歳不該当	□ 70歳以上被用者不該当 (退職日又は死亡日を記入してください)	

被保険者3	① 被保険者整理番号	.....	② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	.....	年 月 日
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	.....	.....	.....	⑤ 喪失年月日	9.令和	⑥ 喪失(不該当) 原因	④ 退職等(令和年月日退職等) 5.死亡(令和年月日死亡) 7.75歳到達(健康保険のみ喪失) 9.障害認定(健康保険のみ喪失) 11.社会保障協定
	⑦ 備考				資格確認書回収	添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	⑧ 70歳不該当	□ 70歳以上被用者不該当 (退職日又は死亡日を記入してください)	

被保険者4	① 被保険者整理番号	.....	② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	.....	年 月 日
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	.....	.....	.....	⑤ 喪失年月日	9.令和	⑥ 喪失(不該当) 原因	④ 退職等(令和年月日退職等) 5.死亡(令和年月日死亡) 7.75歳到達(健康保険のみ喪失) 9.障害認定(健康保険のみ喪失) 11.社会保障協定
	⑦ 備考				資格確認書回収	添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	⑧ 70歳不該当	□ 70歳以上被用者不該当 (退職日又は死亡日を記入してください)	

記入方法

提出者記入欄

事業所整理記号・事業所番号は下図を参照し、新規適用時または、名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。

事業所整理記号	0	1	—	イ	ロ	ハ	事業所記号	1	2	3	4	5
---------	---	---	---	---	---	---	-------	---	---	---	---	---

- ①被保険者整理番号 : 資格取得時に払い出しされた被保険者整理番号を、必ず記入してください。
- ②氏名 : 氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。
- ③生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。
- | | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|
| (5)昭和
7.平成
9.令和 | 6 | 3 | 0 | 5 | 0 | 3 |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|
- ④個人番号
(基礎年金番号) : 本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、基礎年金番号通知書等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。ただし、健康保険組合への届出については、記入不要です。
- ⑤喪失年月日 : 下図を参照し、喪失年月日を記入してください。
- | | |
|-------------------|-------------------------------|
| 退職等による資格喪失 | 退職日の翌日
転勤の当日
雇用契約の変更の当日 |
| 死亡による資格喪失 | 死亡日の翌日 |
| 75歳到達による健康保険の資格喪失 | 誕生日の当日 |
| 障害認定による健康保険の資格喪失 | 認定日の当日 |
- ⑥喪失(不該当)原因 : 下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。退職・死亡の場合は、その当日の年月日を()内に記入してください。
- | | |
|----------|---|
| 4. 退職等 | 退職した場合、雇用契約の変更等により被保険者の適用対象外となった場合、退職後に継続して再雇用した場合 |
| 5. 死亡 | 死亡した場合 |
| 7. 75歳到達 | 75歳に到達したことで後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合 |
| 9. 障害認定 | 65歳以上75歳未満の方で、障害認定により後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合 |
- ⑦備考 : 必要に応じて記入してください。
- ⑧70歳不該当 : 70歳以上の場合、「□70歳以上被用者不該当」にチェックを入れてください。
また、「不該当年月日」に退職または死亡した当日の年月日を記入してください。
在職中に70歳に到達された方の厚生年金保険被保険者資格喪失届は、この用紙ではなく『70歳到達届』を提出してください。