

様式コード
2 2 0 1

健康保険
厚生年金保険
厚生年金保険

被保険者資格喪失届

70歳以上被用者不該当届

常務理事	部長	課長	係

令和 年 月 日 提出



提出者記入欄	健康保険 事業所整理記号	◀3桁までの数字(右づめ)		
	厚生年金保険 事業所整理記号	-	事業所 番号	
	事業所 所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。		
	事業所 名称	〒 -		
	事業主 氏名			
電話番号	()			

受付印
関西文紙情報産業健康保険組合

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	健	② 氏名	(フリガナ) (氏)	③ 生 年 月 日	5.昭和	年	月	日	7.平成	
	④ 個人番号 (基礎年 金番号)	健康保険組合への届出については個人番号の記入は不要です			⑤ 喪失 年月日	9.令和	年	月	日	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	該当する項目を○で囲んでください 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失			資格確認書回収 添付 枚 返不能 枚	⑧ 70歳 不該当	<input type="checkbox"/> 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) 不該当年月日 令和				

被保険者2	① 被保険者 整理番号	健	② 氏名	(フリガナ) (氏)	③ 生 年 月 日	5.昭和	年	月	日	7.平成	
	④ 個人番号 (基礎年 金番号)	健康保険組合への届出については個人番号の記入は不要です			⑤ 喪失 年月日	9.令和	年	月	日	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	該当する項目を○で囲んでください 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失			資格確認書回収 添付 枚 返不能 枚	⑧ 70歳 不該当	<input type="checkbox"/> 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) 不該当年月日 令和				

被保険者3	① 被保険者 整理番号	健	② 氏名	(フリガナ) (氏)	③ 生 年 月 日	5.昭和	年	月	日	7.平成	
	④ 個人番号 (基礎年 金番号)	健康保険組合への届出については個人番号の記入は不要です			⑤ 喪失 年月日	9.令和	年	月	日	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	該当する項目を○で囲んでください 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失			資格確認書回収 添付 枚 返不能 枚	⑧ 70歳 不該当	<input type="checkbox"/> 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) 不該当年月日 令和				

被保険者4	① 被保険者 整理番号	健	② 氏名	(フリガナ) (氏)	③ 生 年 月 日	5.昭和	年	月	日	7.平成	
	④ 個人番号 (基礎年 金番号)	健康保険組合への届出については個人番号の記入は不要です			⑤ 喪失 年月日	9.令和	年	月	日	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	該当する項目を○で囲んでください 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失			資格確認書回収 添付 枚 返不能 枚	⑧ 70歳 不該当	<input type="checkbox"/> 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) 不該当年月日 令和				

記入方法

- 提出者記入欄 : 健康保険事業所整理記号は下図を参照し、新規適用時または、名称・所在地変更時に付された記号(3桁までの数字)を右づめで記入してください。
厚生年金保険の事業所整理記号・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。

健康保険 事業所整理記号	5 1	◀3桁までの数字(右づめ)	
厚生年金保険 事業所整理記号	0 1	A B C	事業所 番号 1 2 3 4 5

- ①被保険者整理番号 : 提出順に被保険者整理番号を払い出します。記入する必要はありません。
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	年	月	日
7.平成	6	3	0 5 0 3

- ④個人番号 (基礎年金番号) : **健康保険組合への届出については、個人番号の記入は不要です。**
日本年金機構への届出には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、年金手帳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。

- ⑤喪失年月日 : 下図を参照し、喪失年月日をご記入ください。

退職等による資格喪失	退職日の翌日 転勤の翌日 雇用契約変更の当日
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 : 「1.二以上事業所勤務者の喪失」は、2カ所以上の適用事業所で勤務している被保険者が喪失する場合に○で囲んでください。
60歳以上の者で、退職した者が1日の空白もなく引き続き再雇用された場合、「2.退職後の継続再雇用者の喪失」を○で囲み、この届書とあわせて『被保険者資格取得届』をご提出ください。
転勤により資格喪失する場合は、「3.その他」を○で囲み、()内に「〇〇年〇〇月〇〇日転勤」とご記入ください。

- ⑧70歳不該当 **日本年金機構への届出** : **日本年金機構への届出**で、70歳以上の方で資格喪失理由が退職、死亡である場合は、「□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ご記入ください。
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**日本年金機構**にご提出ください。

添付書類

- 健康保険被保険者証または、有効期限内の資格確認書(いずれも本人及び被扶養者分)
※回収できない場合は、『被保険者証・資格確認書(有効期限内)回収不能届』をご提出ください。
- 60歳以上の方で退職後の継続再雇用の場合
ア.就業規則・退職辞令のコピー等退職日が確認できる書類、および継続して再雇用されたことが確認できる雇用契約書のコピー
イ.上記「ア」の書類が添付できない場合、事業主の証明書(退職日、再雇用日が記載され事業主印が押印されているもの)等
- 「⑤喪失年月日」に記入した日付が届書の受付年月日から60日以上さかのぼる場合
退職月の賃金台帳および出勤簿のコピー、株主総会・取締役会等の議事録または役員変更登記の記載がある登記簿謄本のコピー等(役員の場合のみ)