様式コード			
2	2	0	1

健康保険
厚生年金保険
（兼）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

年　月　日 提出

提出者記入欄

事業所整理記号		事業所記号 0000
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。 〒 000 - 0000 ●●県●●市●●0-0-0	
事業所名称	●●株式会社	
事業主氏名	代表取締役 ●● ●●	
電話番号	000 （ 0000 ） 0000	

受付印

被保険者1

① 被保険者整理番号	0	② 氏名	（フリガナ）シブサワ タロウ （氏）澁澤 （名）太郎	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 00年 00月 00日
④ 個人番号（基礎年金番号）		⑤ 喪失年月日	9.令和 00年 00月 00日	⑥ 喪失（不該当）原因	4. 退職等（令和 00年 00月 00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		保険証回収 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） 不該当年月日 9.令和 年 月 日

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 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		保険証回収 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） 不該当年月日 9.令和 年 月 日

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 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		保険証回収 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） 不該当年月日 9.令和 年 月 日

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 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		保険証回収 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） 不該当年月日 9.令和 年 月 日

澁澤健康保険組合