常務理事	事務長	部長	次長	課長	係長	主任	担当

健康保険 厚生年金保険 被保険者資格喪失届

厚生年金保険 70歳以上被用者不該当届

受付印

令和　年　月　日提出

提出者記入欄

事業所整理記号	―	事業所番号		事業所記号	
事業所所在地	〒　―				
事業所名称					
事業主氏名					
電話番号	(　　)				

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		② 氏名				③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日
④ 個人番号		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 5.死亡 令和　年　月　日 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
基礎年金番号							
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 2. 退職後の継続再雇用の喪失 3. その他(　　)	資格確認証	(被保険者) 1. 添付 2. 返不能 3. 滅失	扶養の有無	無・有	(被扶養者) 1.添付 2.返不能(　人) 3.滅失(　人)	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 令和　年　月　日

被保険者2

① 被保険者整理番号		② 氏名				③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和　年　月　日
④ 個人番号		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 5.死亡 令和　年　月　日 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
基礎年金番号							
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 2. 退職後の継続再雇用の喪失 3. その他(　　)	資格確認証	(被保険者) 1. 添付 2. 返不能 3. 滅失	扶養の有無	無・有(　人)	(被扶養者) 1.添付(　人) 2.返不能(　人) 3.滅失(　人)	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 令和　年　月　日

被保険者3

① 被保険者整理番号		② 氏名				③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和　年　月　日
④ 個人番号		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 5.死亡 令和　年　月　日 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
基礎年金番号							
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 2. 退職後の継続再雇用の喪失 3. その他(　　)	資格確認証	(被保険者) 1. 添付 2. 返不能 3. 滅失	扶養の有無	無・有(　人)	(被扶養者) 1.添付(　人) 2.返不能(　人) 3.滅失(　人)	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 令和　年　月　日

被保険者4

① 被保険者整理番号		② 氏名				③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和　年　月　日
④ 個人番号		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 5.死亡 令和　年　月　日 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
基礎年金番号							
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 2. 退職後の継続再雇用の喪失 3. その他(　　)	資格確認証	(被保険者) 1. 添付 2. 返不能 3. 滅失	扶養の有無	無・有(　人)	(被扶養者) 1.添付(　人) 2.返不能(　人) 3.滅失(　人)	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 令和　年　月　日

酒フーズ健康保険組合