

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	被保険者証の記号
	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 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	
	⑦ 備考	証回収区分	(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
	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()		<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 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 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	
	⑦ 備考	証回収区分	(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
	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()		<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 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 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	
	⑦ 備考	証回収区分	(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
	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()		<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 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 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	
	⑦ 備考	証回収区分	(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
	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()		<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 年 月 日			