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	〒 125 ― 0061 東京都葛飾区亀有○－○－○		
事業所名称	株式会社　村越商店		
事業主氏名	村越　健太		
電話番号	03 （ 1234 ） 5678		

社会保険労務士記載欄
氏名等 ○○社会保険労務士

被保険者1

① 被保険者整理番号	○○○	② 氏名	健保　太郎			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	2 年 4 月 1 日		⑥ 喪失（不該当）原因	④.退職等 令和 2 年 3 月 31 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
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） ⑴. 添付 2. 返不能 3. 減失	扶養の有無	無・⑴有（ 1 人）	（被扶養者） 1.添付（ 1 人） 2.返不能（ 人） 3.減失（ 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 / 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 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
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. 減失	扶養の有無	無・有（ 人）	（被扶養者） 1.添付（ 人） 2.返不能（ 人） 3.減失（ 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 / 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 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
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. 減失	扶養の有無	無・有（ 人）	（被扶養者） 1.添付（ 人） 2.返不能（ 人） 3.減失（ 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 / 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 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
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. 減失	扶養の有無	無・有（ 人）	（被扶養者） 1.添付（ 人） 2.返不能（ 人） 3.減失（ 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