

様式コード
2 2 0 1

健康保険 被保険者資格喪失届
厚生年金保険
厚生年金保険 70歳以上被用者不該当届



年 月 日提出

事業所整理記号	0	2	-	ホ	ヘ	ト	事業所番号	1	2	3	4	5
届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 103 - 0000												
事業所所在地	東京都中央区日本橋〇〇町1-2-3											
事業所名称	株式会社ガードエクスプレス トライアル											
事業主氏名	派遣 太郎											印
電話番号	03-1234-5678											

在職中に70歳に到達された方の厚生年金保険被保険者喪失届は、この用紙ではなく『70歳到達届』を提出してください。

受付印

社会保険労務士記載欄

氏名等

印

① 被保険者整理番号	12345678	② 氏名	ジュウゴノセ 知ウ 十五之瀬 太郎	③ 生年月日	昭和 平成 令和	0	3	0	2	1	9									
④ 個人番号 (基礎年金番号)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	⑤ 喪失年月日	令和	0	2	1	1	0	1	⑥ 喪失(不該当)原因	④ 退職等 (令和02年10月31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)
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											⑧ 70歳不該当	□ 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください)		不該当年月日	令和	年	月	日	

① 被保険者整理番号		② 氏名		③ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日											
④ 個人番号 (基礎年金番号)										⑤ 喪失年月日	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)			
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											⑧ 70歳不該当	□ 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください)		不該当年月日	令和	年	月	日

① 被保険者整理番号		② 氏名		③ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日											
④ 個人番号 (基礎年金番号)										⑤ 喪失年月日	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)			
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											⑧ 70歳不該当	□ 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください)		不該当年月日	令和	年	月	日

① 被保険者整理番号		② 氏名		③ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日											
④ 個人番号 (基礎年金番号)										⑤ 喪失年月日	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)			
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											⑧ 70歳不該当	□ 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください)		不該当年月日	令和	年	月	日