様式コード			
2	2	0	1

健康保険
厚生年金保険
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

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

受付印

令和　　年　　月　　日提出

提出者記入欄

健康保険事業所整理記号	
厚生年金保険事業所整理記号	－ 事業所番号
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒　　－ （　　）

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	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）
証回収 ※記入不要	家族構成 本人	⑦ 備考	該当する事項を○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者の喪失 3、その他（　　）		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
	資格確認書未交付 □　添付・未収 不能・滅失					
	その他証書（　）　添付・未収 不能・滅失					

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）
証回収 ※記入不要	家族構成 本人	⑦ 備考	該当する事項を○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者の喪失 3、その他（　　）		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
	資格確認書未交付 □　添付・未収 不能・滅失					
	その他証書（　）　添付・未収 不能・滅失					

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）
証回収 ※記入不要	家族構成 本人	⑦ 備考	該当する事項を○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者の喪失 3、その他（　　）		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
	資格確認書未交付 □　添付・未収 不能・滅失					
	その他証書（　）　添付・未収 不能・滅失					

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）
証回収 ※記入不要	家族構成 本人	⑦ 備考	該当する事項を○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者の喪失 3、その他（　　）		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
	資格確認書未交付 □　添付・未収 不能・滅失					
	その他証書（　）　添付・未収 不能・滅失					

記入例｜被保険者資格喪失届【2024.12】

令和 6 年 6 月 1 日提出

受付印

提出者記入欄		
健康保険事業所整理記号	1 2 3 4	
厚生年金保険事業所整理記号	0 1 － A B C	事業所番号 1 2 3 4 5
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。 〒 111 － 1111 東京都〇〇区〇〇町1-2-3	
事業所名称	〇〇〇〇 株式会社	
事業主氏名	代表取締役社長 〇〇 〇〇〇	
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	12																							
② 氏名	フリガナ 〇〇〇																							
	氏 〇〇〇												名 〇〇											
③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	1	0	年	1	2	月	0	1	日														
④ 個人番号（基礎年金番号）	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3																							
⑤ 喪失年月日	9. 令和	0	6 年	0	6 月	0	1 日																	
⑥ 喪失原因	4. 退職等（令和 6 年 5 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）																							
証回収 ※記入不要	家族構成	本人																						
	資格確認書未交付 □	添付・未収 不能・滅失	添付・未収 不能・滅失	添付・未収 不能・滅失	添付・未収 不能・滅失	添付・未収 不能・滅失	添付・未収 不能・滅失																	
	その他証書（ ）	添付・未収 不能・滅失	添付・未収 不能・滅失	添付・未収 不能・滅失	添付・未収 不能・滅失	添付・未収 不能・滅失	添付・未収 不能・滅失																	
⑦ 備考	該当する事項を〇で囲んでください。 1、二以上事業所勤務者の喪失 2、退職後の継続再雇用者の喪失 3、その他（ ）																							
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																							

記入方法｜記入例を参考に次の事項に注意のうえご記入ください。

① 被保険者整理番号	資格取得時に払い出された被保険者整理番号(被保険者等番号)をご記入ください。
② 氏 名	住民票に登録されている氏名をご記入ください。(フリガナはカタカナでご記入ください。)
④ 個人番号 （基礎年金番号）	本人確認を行ったうえで、個人番号をご記入ください。 基礎年金番号を記入する場合は、基礎年金番号通知書等に記載されている10桁の番号を左詰めでご記入ください。
⑤ 喪失年月日	次の喪失理由により、喪失年月日をご記入ください。 ・退職等 ： 退職日の翌日、転勤の翌日、雇用契約変更の当日 ・死亡 ： 死亡日の翌日 ・75歳到達により後期高齢者医療に該当 ： 誕生日の当日 ・65歳以上75歳未満で障害認定により後期高齢者医療に該当 ： 認定日の当日
⑥ 喪失原因	該当する番号を〇で囲んでください。(退職、死亡の場合は、その当日の年月日をご記入ください。)
⑦ 備 考	該当する番号を〇で囲んでください。
⑧ 70歳不該当	70歳以上の方で、資格喪失理由が退職、死亡である場合は□にチェックを入れ、退職または死亡した当日の年月日をご記入ください。 在職中に70歳に到達された方の厚生年金保険被保険者資格喪失は、この用紙ではなく、「70歳到達届」をご提出ください。

添付書類

- 〇 「資格確認書」「限度額適用認定証」などの各証書（交付を受けている場合）
- 〇 「被保険者証」（被保険者・被扶養者全員分）【保険証廃止に伴う経過措置期間の令和7年12月1日まで】
  ※上記の証書類について、被保険者に連絡（督促）等しているにも関わらず、回収できない場合は「回収不能届」を、失くしている場合は「滅失届」をご提出ください。
- 〇 60歳以上の退職後の継続再雇用の場合、「退職証明書」「就業規則(写)」「退職辞令(写)」などの、退職日が確認できる書類。
- 〇 60日以上さかのぼってこの届書を提出する場合、退職月の「賃金台帳(写)」および「出勤簿(写)」。なお、役員の場合は、株主総会・取締役会等の「議事録(写)」など。

お知らせ

- 保険料の負担は、資格喪失月の前月分までとなります。退職による資格喪失の場合、喪失日は退職日の翌日となるため、月末に退職した場合は退職月分の保険料まで控除する必要がありますのでご注意ください。
- 退職後の健康保険の任意継続を希望する場合は、健康保険組合等にお問い合わせください。