

(品名コード 06125301)

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

見本

(4枚1組)

--	--	--	--

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	
	事業所所在地	〒 -		
	事業所名称			
	事業主氏名			
	電話番号	()		

受付印

組合番号 健康保険被保険者証の記号

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者1	① 年金整理番号	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 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	該当する項目があれば○をしてください。 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)	⑨ 組合使用欄
					標準報酬月額 健康 年 千円 千円 保険証回収 添付 枚 返不能 枚

見本

被保険者2	① 年金整理番号	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 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	該当する項目があれば○をしてください。 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)	⑨ 組合使用欄
					標準報酬月額 健康 年 千円 千円 保険証回収 添付 枚 返不能 枚

被保険者3	① 年金整理番号	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 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	該当する項目があれば○をしてください。 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)	⑨ 組合使用欄
					標準報酬月額 健康 年 千円 千円 保険証回収 添付 枚 返不能 枚

被保険者4	① 年金整理番号	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 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	該当する項目があれば○をしてください。 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)	⑨ 組合使用欄
					標準報酬月額 健康 年 千円 千円 保険証回収 添付 枚 返不能 枚

令和 年 月 日

提出者記入欄	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	様						
	電話番号	()						

組合番号	健康保険被保険者証の記号			

下記のとおり資格喪失したので通知します。

健康保険組合理事長

被保険者1	① 年金整理番号		② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日 9. 令和 年 月 日
	保険証の番号					
	④ 基礎年金番号				⑤ 喪失年月日	9. 令和 年 月 日
	⑦ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 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		⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 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)	組合使用欄

見本

被保険者2	① 年金整理番号		② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日 9. 令和 年 月 日
	保険証の番号					
	④ 基礎年金番号				⑤ 喪失年月日	9. 令和 年 月 日
	⑦ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 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		⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 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)	組合使用欄

被保険者3	① 年金整理番号		② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日 9. 令和 年 月 日
	保険証の番号					
	④ 基礎年金番号				⑤ 喪失年月日	9. 令和 年 月 日
	⑦ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 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		⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 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)	組合使用欄

被保険者4	① 年金整理番号		② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日 9. 令和 年 月 日
	保険証の番号					
	④ 基礎年金番号				⑤ 喪失年月日	9. 令和 年 月 日
	⑦ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 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		⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 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)	組合使用欄

ア. この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官(地方厚生(支)局内)に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会(厚生労働省)内)に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内(再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内)に、健康保険組合を被告として提起することができます。(ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。)

なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。

イ. この通知書を受け取ったら、すみやかに確認された事項をそれぞれの被保険者に通知しなければなりません。

なお、被保険者の住所が明らかでないため通知できないときは、その旨を当所へ連絡してください。

様式コード
2201

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



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	
	事業所所在地	〒 -		
	事業所名称			
	事業主氏名			
	電話番号	()		

受付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者1	① 年金整理番号	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 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) 11. 社会保障協定
	⑦ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 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)	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 不該当 9. 令和 年 月 日	

見本

被保険者2	① 年金整理番号	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 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) 11. 社会保障協定
	⑦ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 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)	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 不該当 9. 令和 年 月 日	

被保険者3	① 年金整理番号	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 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) 11. 社会保障協定
	⑦ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 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)	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 不該当 9. 令和 年 月 日	

被保険者4	① 年金整理番号	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 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) 11. 社会保障協定
	⑦ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 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)	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 不該当 9. 令和 年 月 日	

記入方法

提出者記入欄 : 事業所整理記号・事業所番号は下図を参照し、新規適用時または名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。

事業所整理記号	0	1	-	イ	ロ	ハ	事業所番号	1	2	3	4	5
---------	---	---	---	---	---	---	-------	---	---	---	---	---

- ①年金整理番号 : 資格取得時に払い出された被保険者整理番号を、必ず記入してください。
 ②氏名 : 氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。
 ③生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

⑤昭和	年	月	日
7.平成	6	3	0
9.令和	5	0	3

- ④基礎年金番号 : 基礎年金番号は、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記入してください。
 ⑤喪失年月日 : 下図を参照し、喪失年月日を記入してください。

退職等による資格喪失	退職日の翌日 転勤の当日 雇用契約変更の当日
死亡による資格喪失	死亡日の翌日
75歳到達による健康保険の資格喪失	誕生日の当日
障害認定による健康保険の資格喪失	認定日の当日
社会保障協定による資格喪失	社会保障協定発効の当日 相手国法令の適用となった日の翌日

- ⑥喪失(不該当)原因 : 下図を参照し、該当する番号を○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()内に記入してください。

4. 退職等	退職した場合、雇用契約の変更等により被保険者の適用対象外となった場合、退職後に継続して再雇用した場合
5. 死亡	死亡した場合
7. 75歳到達	75歳に到達したことで後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合
9. 障害認定	65歳以上75歳未満の方で、障害認定により後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合
11. 社会保障協定	社会保障協定により、相手国法令の適用を受け、被保険者資格を喪失する場合

- ⑦備考 : 必要に応じて記入してください。
 ⑧70歳不該当 : 70歳以上の方の場合、「□70歳以上被用者不該当」にチェックを入れてください。また、「不該当年月日」に退職または死亡した当日の年月日を記入してください。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届は、この用紙ではなく『70歳到達届』を提出してください。