

喪失

健康保険 被保険者資格喪失届

令和 年 月 日提出

同	常務理事	事務長	課長	担当者
い				

提出者記入欄	健康保険 被保険者証記号								
	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	_____ (印)							
電話番号	(_____)								

受付印

社会保険労務士記載欄 氏名等
_____ (印)

被保険者 1	① 被保険者 整理番号	② フリガナ 氏名	氏	名	③ 生年月日	5.昭和	年	月	日	7.平成
	④ 個人番号 (基礎年 金番号)	2枚目(年金機構分)に 個人番号等をご記入ください。			⑤ 喪失 年月日	9.令和	年	月	日	⑥ 喪失 原因
	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			⑧ 70歳 不該当	厚生年金保険70歳以上被用者不該当 の場合は、2枚目をご記入ください。				

被保険者 2	① 被保険者 整理記号	② フリガナ 氏名	氏	名	③ 生年月日	5.昭和	年	月	日	7.平成
	④ 個人番号 (基礎年 金番号)	2枚目(年金機構分)に 個人番号等をご記入ください。			⑤ 喪失 年月日	9.令和	年	月	日	⑥ 喪失 原因
	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			⑧ 70歳 不該当	厚生年金保険70歳以上被用者不該当 の場合は、2枚目をご記入ください。				

被保険者 3	① 被保険者 整理記号	② フリガナ 氏名	氏	名	③ 生年月日	5.昭和	年	月	日	7.平成
	④ 個人番号 (基礎年 金番号)	2枚目(年金機構分)に 個人番号等をご記入ください。			⑤ 喪失 年月日	9.令和	年	月	日	⑥ 喪失 原因
	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			⑧ 70歳 不該当	厚生年金保険70歳以上被用者不該当 の場合は、2枚目をご記入ください。				

被保険者 4	① 被保険者 整理記号	② フリガナ 氏名	氏	名	③ 生年月日	5.昭和	年	月	日	7.平成
	④ 個人番号 (基礎年 金番号)	2枚目(年金機構分)に 個人番号等をご記入ください。			⑤ 喪失 年月日	9.令和	年	月	日	⑥ 喪失 原因
	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			⑧ 70歳 不該当	厚生年金保険70歳以上被用者不該当 の場合は、2枚目をご記入ください。				

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



令和 年 月 日提出

提出者記入欄	健康保険 被保険者証記号	
	厚生年金保険 事業所整理記号	
	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。
	事業所 名称	
	事業主 氏名	
電話番号	(_____) _____	

受付印

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。

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 フリガナ 氏名	③ 生年月日 5.昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7.平成 _____ 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)
	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 [_____]	⑧ 保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 滅失 _____ 枚	⑧ 70歳不該当 <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当(厚生年金保険) (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

被保険者2	① 被保険者整理記号	② フリガナ 氏名	③ 生年月日 5.昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7.平成 _____ 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)
	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 [_____]	⑧ 保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 滅失 _____ 枚	⑧ 70歳不該当 <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当(厚生年金保険) (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

被保険者3	① 被保険者整理記号	② フリガナ 氏名	③ 生年月日 5.昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7.平成 _____ 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)
	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 [_____]	⑧ 保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 滅失 _____ 枚	⑧ 70歳不該当 <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当(厚生年金保険) (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

被保険者4	① 被保険者整理記号	② フリガナ 氏名	③ 生年月日 5.昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7.平成 _____ 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)
	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 [_____]	⑧ 保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 滅失 _____ 枚	⑧ 70歳不該当 <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当(厚生年金保険) (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

この届書は、「従業員が退職した場合」、「60歳以上の方で退職後に継続して再雇用した場合」、「従業員が死亡した場合」、「従業員が75歳に到達した場合」、「障害認定を受け後期高齢者医療の資格を取得した場合」等にご提出いただくものです。

- ・70歳以上の方について提出する場合は、「⑧70歳不該当」欄の「□70歳以上被用者不該当」にチェックを入れてください。
- ・次の場合は別様式での届出となりますのでご注意ください。
従業員等が在職中に70歳に到達した場合→『70歳到達届』（資格喪失届・70歳以上該当届）

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・番号をご記入ください。
事業主の押印は、署名（自筆）の場合は必要ありません。

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

- ①被保険者整理番号 : 資格取得時に払い出しされた被保険者整理番号を、必ずご記入ください。
②氏名 : 氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名をご記入ください。フリガナはカタカナで正確にご記入ください。
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ご記入ください。

5.昭和 7.平成	6	3	0	5	0	3
--------------	---	---	---	---	---	---

- 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、年金手帳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 : 下図を参照し、喪失年月日をご記入ください。

退職等による資格喪失	退職日の翌日 転勤の翌日 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

- 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（ ）内にご記入ください。

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

- ⑦備考 : 「1. 二以上事業所勤務者の喪失」は、2カ所以上の適用事業所で勤務している被保険者が喪失する場合に○で囲んでください。60歳以上の者で、退職した者が1日の空白もなく引き続き再雇用された場合、「2. 退職後の継続再雇用者の喪失」を○で囲み、この届書とあわせて『被保険者資格取得届』をご提出ください。
転勤により資格喪失する場合は、「3. その他」を○で囲み、（ ）内に「〇〇年〇〇月〇〇日転勤」とご記入ください。
厚生年金基金の加入員である被保険者であって被保険者の資格を取得した月にその資格を喪失した者については、「3. その他」を○で囲み、（ ）内に「加入員の資格同月得喪」とご記入ください。
「保険証回収」欄は、回収した枚数を「添付」、回収できなかった枚数を「返不能」にご記入ください。
なお、返不能の場合は、『被保険者証回収不能届』をご提出ください。

- ⑧70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、「□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届は、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

- ・健康保険被保険者証（本人および被扶養者分）
※健康保険被保険者証が回収できない場合は、『被保険者証回収不能届』をご提出ください。
- ・60歳以上の方で退職後の継続再雇用の場合
ア. 就業規則・退職辞令のコピー等退職日が確認できる書類および継続して再雇用されたことが確認できる雇用契約書のコピー
イ. 上記「ア」の書類が添付できない場合、事業主の証明書（退職日、再雇用日が記載され事業主印が押印されているもの）等
- ・「⑤喪失年月日」に記入した日付が届書の受付年月日から60日以上さかのぼる場合
退職月の賃金台帳および出勤簿のコピー、株主総会・取締役会等の議事録または役員変更登記の記載がある登記簿謄本のコピー等（役員の場合のみ）

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、全国健康保険協会または各健康保険組合等にお問い合わせください。