

様式コード
2 2 0 1

健康保険
厚生年金保険

被保険者資格喪失届

注1) 同日得喪(再雇用等)・転籍の場合は紙で資格取得届と資格喪失届をご提出ください

注2) 記入内容を訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者または証明者のサインをご記入ください

令和 年 月 日 提出

事業所欄	事業所整理記号	事業所記号
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

健保受付日付印

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	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 該当するものに○をつけてください	1.退職 2.同日得喪 3.転籍 4.二以上事業所	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 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

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	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 該当するものに○をつけてください	1.退職 2.同日得喪 3.転籍 4.二以上事業所	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 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

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	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 該当するものに○をつけてください	1.退職 2.同日得喪 3.転籍 4.二以上事業所	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 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

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	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 該当するものに○をつけてください	1.退職 2.同日得喪 3.転籍 4.二以上事業所	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 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

令和4年2月改定

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		事業所記号	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	5	0	3
9.令和						

- ④基礎年金番号 : 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。ただし、健康保険組合への届出については、記入不要です。

- 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 雇用契約の変更の当日
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

- 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。