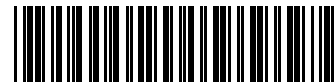


様式コード  
2201

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 01 年 05 月 01 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号	01	いろは	事業所番号	11111
	事業所所在地	〒163-0825 東京都新宿区西新宿2-4 新宿MSビル25F			
	事業所名称	サンプル株式会社〔給与項目(基本モード)〕 本社			
	事業主氏名	木村 俊彦 (印)			
電話番号	03 -5321-0000				

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

社労士太郎 (印)

被保険者1	① 被保険者整理番号	11	② 氏名	(フリガナ) ウヱラ シンイチ 上原 進一	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	4	7	0	6	0	5
	④ 個人番号 [基礎年金番号]	0555055210	⑤ 喪失年月日	9.令和	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 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	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)	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	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 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	9.令和	年	月

被保険者3	① 被保険者整理番号		② 氏名	(フリガナ)	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	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 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	9.令和	年	月

被保険者4	① 被保険者整理番号		② 氏名	(フリガナ)	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	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 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	9.令和	年	月