喪 失

健 康 保 険
厚生年金保険
(兼)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			担 当 者

(R6.12)

受付印

令和　　年　　月　　日提出

提出者記入欄

被保険者等整理記号	
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	(　　)

社会保険労務士記載欄｜氏名等

被保険者1

① 被保険者等整理番号		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	(健康保険組合提出時は記入不要)	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) 11.社会保障協会
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　(　　)	資格確認書等回収 添　付＿＿枚 返不能＿＿枚 滅　失＿＿枚	標準報酬月額 千円		⑧ 70歳不該当	□ 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 令和　年　月　日

被保険者2

① 被保険者等整理記号		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	(健康保険組合提出時は記入不要)	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) 11.社会保障協会
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　(　　)	資格確認書等回収 添　付＿＿枚 返不能＿＿枚 滅　失＿＿枚	標準報酬月額 千円		⑧ 70歳不該当	□ 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 令和　年　月　日

被保険者3

① 被保険者等整理記号		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	(健康保険組合提出時は記入不要)	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) 11.社会保障協会
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　(　　)	資格確認書等回収 添　付＿＿枚 返不能＿＿枚 滅　失＿＿枚	標準報酬月額 千円		⑧ 70歳不該当	□ 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 令和　年　月　日

被保険者4

① 被保険者整理記号		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	(健康保険組合提出時は記入不要)	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) 11.社会保障協会
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　(　　)	資格確認書等回収 添　付＿＿枚 返不能＿＿枚 滅　失＿＿枚	標準報酬月額 千円		⑧ 70歳不該当	□ 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 令和　年　月　日

福井県自動車販売整備健康保険組合

記入例｜資格喪失届

令和　1　年　6　月　3　日提出

提出者記入欄		
被保険者等整理記号	1 2 3 4	
事業所所在地	〒　111　－　1111 福井県〇〇市〇〇町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	0776　（　1234　）　5678	

社会保険労務士記載欄｜氏名等

被保険者1						
① 被保険者等整理番号	12	② 氏名	フリガナ ジハン　氏 自販	タロウ　名 太郎	③ 生年月日	5．昭和　7．平成　9．令和　年 1 0　月 1 2　日 0 1
④ 個人番号（基礎年金番号）	（健康保険組合提出時は記入不要）	⑤ 喪失年月日	9．令和　年 0 1　月 0 6　日 0 1		⑥ 喪失原因	4．退職等｜令和　1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） 11.社会保障協会
⑦ 備考	該当する項目を〇で囲んでください。 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　（　　）	資格確認書等回収 添　付　3　枚 返不能　　枚 滅　失　　枚	標準報酬月額 千円		⑧ 70歳不該当	□ 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　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。

提出者記入欄	被保険者等整理記号は新規適用時に付された記号(4桁の番号)をご記入ください。
① 被保険者等整理番号	資格取得時に払い出しされた被保険者等整理番号を必ず記入して下さい。
② 氏 名	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。)
④ 個人番号	本人確認を行ったうえで、個人番号をご記入ください。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 喪失原因	下図を参照し、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。

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	「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〇で囲んでください。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」を〇で囲み、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。 「資格確認書等回収」欄には、添付した保険証・資格確認書の枚数等をご記入ください。

添付書類

◎ 交付されている場合は本人および被扶養者すべての『健康保険被保険者証』または『資格確認書』

◎ 交付されている場合は『健康保険限度額認定証』『健康保険高齢受給者証』

◎ 「⑤喪失年月日」に記入した日付が届書の受付年月日から1ヶ月以上さかのぼる場合は『遅延理由書（任意の様式）』