様式第八号(第二十九条関係)

(表面)

様式コード
2 2 0 1

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

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	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〔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		保険証回収 添付 ＿＿＿枚 返不能＿＿＿枚			⑧70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) (氏)	(名)	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 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		保険証回収 添付 ＿＿＿枚 返不能＿＿＿枚			⑧70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 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 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		保険証回収 添付 ＿＿＿枚 返不能＿＿＿枚			⑧70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 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 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		保険証回収 添付 ＿＿＿枚 返不能＿＿＿枚			⑧70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	

（裏面）

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〇で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

⑤ 昭和 7. 平成 9. 令和		年		月		日
	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、個人番号を記入してください。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記入してください。なお、「死亡」による資格喪失の場合は、基礎年金番号を記入してください。
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(　)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。

備考1：この用紙は、A列4番とすること。
2：必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。