

喪失

常務理事	事務局長	部長	課長	課長補佐	係長	係

令和 年 月 日提出

健康保険 被保険者資格喪失届

健康保険 被保険者証記号		健康保険	事業所 番号	
厚生年金保険 事業所整理記号				
事業所 所在地	〒 -			
事業所 名称				
事業主 氏名				
電話番号	( )			

受付印

社会保険労務士記載欄   氏名等

被保険者 1	① 保険証番号	② フリガナ 氏名	氏	名	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日
	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	7.平成 9.令和	年	月	日
	⑦ 備考	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。			⑥ 喪失原因	4. 退職等(平・令 年 月 日退職等) 5. 死亡(平・令 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)			
					標準報酬月額	健	千円	年	千円
					保険証回収区分	添付	返不能	減失	返遅延
						枚	枚	枚	枚

被保険者 2	① 保険証番号	② フリガナ 氏名	氏	名	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日
	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	7.平成 9.令和	年	月	日
	⑦ 備考	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。			⑥ 喪失原因	4. 退職等(平・令 年 月 日退職等) 5. 死亡(平・令 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)			
					標準報酬月額	健	千円	年	千円
					保険証回収区分	添付	返不能	減失	返遅延
						枚	枚	枚	枚

被保険者 3	① 保険証番号	② フリガナ 氏名	氏	名	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日
	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	7.平成 9.令和	年	月	日
	⑦ 備考	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。			⑥ 喪失原因	4. 退職等(平・令 年 月 日退職等) 5. 死亡(平・令 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)			
					標準報酬月額	健	千円	年	千円
					保険証回収区分	添付	返不能	減失	返遅延
						枚	枚	枚	枚

被保険者 4	① 保険証番号	② フリガナ 氏名	氏	名	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日
	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	7.平成 9.令和	年	月	日
	⑦ 備考	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。			⑥ 喪失原因	4. 退職等(平・令 年 月 日退職等) 5. 死亡(平・令 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)			
					標準報酬月額	健	千円	年	千円
					保険証回収区分	添付	返不能	減失	返遅延
						枚	枚	枚	枚

様式コード			
2	2	0	1

厚生年金保険 被保険者資格喪失届



令和 年 月 日提出

(兼) 厚生年金保険 70歳以上被用者不該当届

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	〒 _____
	事業所名称	_____
事業主氏名	_____ (印)	
電話番号	( _____ )	

社会保険労務士記載欄   氏名等
_____ (印)

受付印

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 _____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	7.平成 _____年 _____月 _____日 9.令和 _____年 _____月 _____日	⑥ 喪失原因	4. 退職等 (平・令 年 月 日退職等) 5. 死亡 (平・令 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	該当する項目があれば○をしてください。 1.二以上事業所勤務者の喪失 2.退職後の継続再雇用者の喪失 3.その他 [ _____ ]		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 平成・令和 年 月 日

被保険者2	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 _____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	7.平成 _____年 _____月 _____日 9.令和 _____年 _____月 _____日	⑥ 喪失原因	4. 退職等 (平・令 年 月 日退職等) 5. 死亡 (平・令 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	該当する項目があれば○をしてください。 1.二以上事業所勤務者の喪失 2.退職後の継続再雇用者の喪失 3.その他 [ _____ ]		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 平成・令和 年 月 日

被保険者3	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 _____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	7.平成 _____年 _____月 _____日 9.令和 _____年 _____月 _____日	⑥ 喪失原因	4. 退職等 (平・令 年 月 日退職等) 5. 死亡 (平・令 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	該当する項目があれば○をしてください。 1.二以上事業所勤務者の喪失 2.退職後の継続再雇用者の喪失 3.その他 [ _____ ]		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 平成・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 _____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	7.平成 _____年 _____月 _____日 9.令和 _____年 _____月 _____日	⑥ 喪失原因	4. 退職等 (平・令 年 月 日退職等) 5. 死亡 (平・令 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	該当する項目があれば○をしてください。 1.二以上事業所勤務者の喪失 2.退職後の継続再雇用者の喪失 3.その他 [ _____ ]		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 平成・令和 年 月 日

## 記入例 | 資格喪失届

令和 2 年 4 月 1 日提出

提出者記入欄	健康保険被保険者証記号	1	2	3	4									
	厚生年金保険事業所整理記号		0	1	-	A	B	C	事業所番号	0	1	2	3	4
	事業所所在地	〒 111 - 1111 東京都〇〇区〇〇町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	03 ( 1234 ) 5678													

\* 事業主の押印は、署名（自筆）の場合は省略できます。

社会保険労務士記載欄   氏名等
印

被保険者1	① 保険証番号	12	② 氏名	フリガナ 〇〇〇 〇〇 氏名 〇〇〇 〇〇	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 1 0 1 2 0 1	
	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 7.平成 9.令和 0 2 0 4 0 1	⑥ 喪失原因	4. 退職等(平・令2年 3月31日退職等) 5. 死亡(平・令 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	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。			標準報酬月額	健 千円 年 千円	保険証回収区分

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。

- ① 保険証番号 (整理番号) 被保険者証の番号をご記入ください。  
(保険証番号と年金整理番号が違う場合は、2枚目に年金整理番号をご記入ください。)
- ② 氏名 住民票に登録されている氏名をご記入ください。(フリガナはカタカナでご記入ください。)
- ④ 個人番号 2枚目(厚生年金保険分)のみご記入ください。
- ⑤ 喪失年月日 次の喪失理由により、喪失年月日をご記入ください。
  - ・退職等：退職日の翌日、転勤の当日、雇用契約変更の当日
  - ・死亡：死亡日の翌日
  - ・75歳到達により後期高齢者医療に該当：誕生日の当日
  - ・65歳以上75歳未満で障害認定により後期高齢者医療に該当：認定日の当日
- ⑥ 喪失原因 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ご記入ください。)
- ⑦ 備考 「保険証の回収」欄には、添付した保険証の枚数等をご記入ください。

### 2枚目(日本年金機構分)の注意事項

- 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。  
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。
- ⑧ 70歳不該当 70歳以上の方は□にチェックを入れ、退職又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

- 本人及び被扶養者すべての「健康保険被保険者証」
- 健康保険被保険者証が回収できないときは、「被保険者証回収不能届」
- 健康保険高齢受給者証が交付されているときは「健康保険高齢受給者証」