

届書コード			
2	0	1	0

健康保険 被保険者資格喪失届

常務理事	事務局長	部長	課長	扱者	

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	健康保険の 事業所記号					
	事業所整理記号					
	事業所番 番号					
	事業所 所在地	〒 —				
	事業所 名称					
	事業主 氏名					
	電話番号	()				

受付日付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者 1	① 被保険者 証の番号		② 氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	③ 生 年 月 日	5. 昭和		年		月		日
	④ 個人番号				⑤ 喪失 年月日	9. 令和							
	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				保険証回収区分 1. 添付 枚 2. 返不能 3. 滅失	⑧ 70 歳 不該当	☐ 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 証の番号		② 氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	③ 生 年 月 日	5. 昭和		年		月		日
	④ 個人番号				⑤ 喪失 年月日	9. 令和							
	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				保険証回収区分 1. 添付 枚 2. 返不能 3. 滅失	⑧ 70 歳 不該当	☐ 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 証の番号		② 氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	③ 生 年 月 日	5. 昭和		年		月		日
	④ 個人番号				⑤ 喪失 年月日	9. 令和							
	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				保険証回収区分 1. 添付 枚 2. 返不能 3. 滅失	⑧ 70 歳 不該当	☐ 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 証の番号		② 氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	③ 生 年 月 日	5. 昭和		年		月		日
	④ 個人番号				⑤ 喪失 年月日	9. 令和							
	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				保険証回収区分 1. 添付 枚 2. 返不能 3. 滅失	⑧ 70 歳 不該当	☐ 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					

(1 枚目：管工業健康保険組合提出用)

様式コード
2201

厚生年金保険 被保険者資格喪失届
厚生年金保険 70 歳以上被用者不該当届



令和 年 月 日 提出

受付日付印

提出者記入欄

事業所整理記号				一			事業所番				
事業所在地	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	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
	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				保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	⑧ 70 歳不該当	☐ 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 個人番号 [基礎年金番号]					⑤ 喪失年月日	9. 令和	年	月	日
	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				保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	⑧ 70 歳不該当	☐ 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 個人番号 [基礎年金番号]					⑤ 喪失年月日	9. 令和	年	月	日
	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				保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	⑧ 70 歳不該当	☐ 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 個人番号 [基礎年金番号]					⑤ 喪失年月日	9. 令和	年	月	日
	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				保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	⑧ 70 歳不該当	☐ 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		

この届書は、「従業員が退職した場合」、「60 歳以上の方で退職後に継続して再雇用した場合」、「従業員が死亡した場合」、「従業員が 75 歳に到達した場合」、「障害認定を受け後期高齢者医療の資格を取得した場合」等にご提出いただくものです。

- ・70 歳以上の方について提出する場合は、「⑧70 歳不該当」欄の「☐ 70 歳以上被用者不該当」にチェックを入れてください。

・次の場合は別様式での届出となりますのでご注意ください。

従業員等が在職中に 70 歳に到達した場合 → 『70 歳到達届』（資格喪失届・70 歳以上該当届）

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、新規適用時又は名称・所在地変更時に付された記号・番号をご記入ください。
健康保険組合提出用には健康保険の事業所記号をご記入ください。

事業所整理記号			0	1	—	イ	ロ	ハ	事業所番号	1	2	3	4	5
---------	--	--	---	---	---	---	---	---	-------	---	---	---	---	---

- ①年金整理番号等：資格取得時に払い出しされた年金整理番号等を、必ずご記入ください。
- ②氏名：氏名は住民票に登録されているものと同じ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。
- 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ご記入ください。

⑤ 昭和 7. 平成	6	3	年	0	5	月	0	3	日
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

- 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。（健康保険組合提出用には記入は不要です。）
- 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(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 力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○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○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。
転勤により資格喪失する場合は、「3. その他」を○で囲み、（ ）内に「○○年○○月○○日転勤」とご記入ください。
厚生年金基金の加入員である被保険者であって被保険者の資格を取得した月にその資格を喪失した者については、「3. その他」を○で囲み、（ ）内に「加入員の資格同月得喪」とご記入ください。
「保険証回収区分」欄をご記入ください。
なお、返不能の場合は、『被保険者証回収不能届』を、滅失の場合は『被保険者証滅失届』をご提出ください。
- ⑧70 歳不該当：70 歳以上の方で資格喪失理由が退職、死亡である場合は、「☐ 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届は、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

- ・健康保険被保険者証（本人及び被扶養者分）
※健康保険被保険者証が回収できない場合は、『被保険者証回収不能届』又は、『被保険者証滅失届』をご提出ください。
- ・60 歳以上の方で退職後の継続再雇用の場合
ア. 就業規則・退職辞令のコピー等退職日が確認できる書類及び継続して再雇用されたことが確認できる雇用契約書のコピー
イ. 上記「ア」の書類が添付できない場合、事業主の証明書（退職日、再雇用日が記載され事業主印が押印されているもの）等
- ・「⑤喪失年月日」に記入した日付が届書の受付年月日から 60 日以上さかのぼる場合
退職月の賃金台帳及び出勤簿のコピー、株主総会・取締役会等の議事録又は役員変更登記の記載がある登記簿謄本のコピー等（役員の場合のみ）