こちらの届書の押印は廃止いたしました。
「印」の表示がある届書をご使用の場合も押印不要です。

健康保険
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

この届書を健康保険組合、年金事務所または事務センターへ提出する日を記入します。

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	●● - ●●●● 事業所番号 ●●●
事業所所在地	〒550-0021
事業所名称	大阪府大阪市西区川口●－● 西プラ工業　株式会社
事業主氏名	健保　一郎
電話番号	06 （●●●● ）●●●●

健康保険被保険者の記号・番号と厚生年金保険事業所整理記号・被保険者整理番号・日本年金機構の事業所番号を必ず記入します。

社会保険労務士記載欄
氏名等

退職日や死亡日を記入し、その事由について○で囲みます。

被保険者1

①被保険者整理番号	健 ●● 厚 ●●	②氏名	(フリガナ) ニシニホン (氏) 西日本	(名) ハナコ 花子	③生年月日 5.昭和 7.平成 4 9 0 3 2 0
④個人番号［基礎年金番号］	※3枚目のこの部分（個人番号欄）	⑤喪失年月日	7.平成 9.令和 0 7 0 6 0 1	⑥喪失（不該当）原因	4.退職等（平成・令和 7年 5月31日退職等） 5.死亡（平成・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.退職後の継続雇用者の喪失 3.その他〔 〕	⑧70歳不該当		組合使用欄	標準報酬月額 健 240 千円 厚 240 千円 保険証回収区分 1.添付 2 2.返不能 3.滅失

喪失時の標準報酬月額を記入します。

【厚年のみ：3枚目に記入】
個人番号または基礎年金番号を記入します。

退職日の翌日、死亡日の翌日、75歳の誕生日等を記入します。
※70歳到達に伴う資格喪失は健康保険組合への提出は不要です。

健康保険被保険者証・資格確認書の回収区分を○で囲みます。
回収した総枚数を「1.添付」、回収できなかった総枚数を「2.返不能」の右横に記入します。
※滅失した場合も「2.返不能」を○で囲みます。
※資格確認書の回収がある場合は、「保険証回収区分」の「保険証」を二重線で消し、健康保険被保険者証・資格確認書の総枚数を記入します。

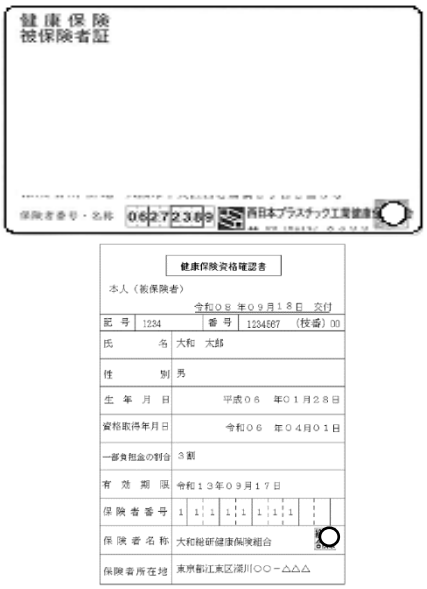
被保険者2

被保険者3

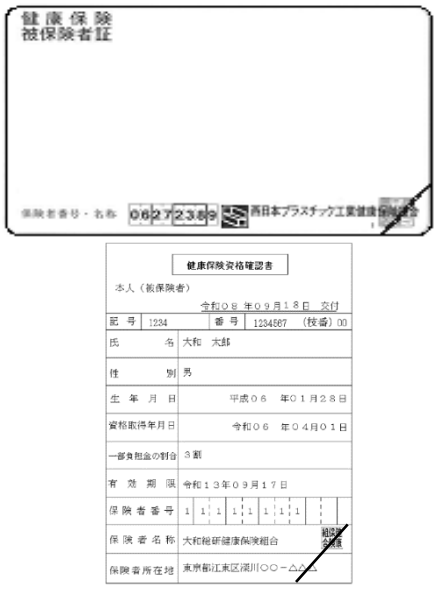
被保険者4

※健康保険被保険者証・資格確認書（ともに該当者のみ）は郵送事故等の予期せぬ障害に備えるため、右下にある当組合の印影に被るように穿孔もしくは破断を行った上でご返却ください。くれぐれも分割するようにハサミを入れないでください。
※資格情報のお知らせはご返却不要です。

（穿孔例）



（破断例）



喪失月の異なる届出がある場合は、資格喪失届を月毎に作成してください。