

健康保険 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

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 〒550-0021
大阪府大阪市西区川口●-●

事業所名称 西プラ工業 株式会社

事業主氏名 健保 一郎

電話番号 06 (●●●●) ●●●●

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。

健康保険被保険者証記号・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。

届出用紙の切替中であるため、「@」の表示がある用紙を使用していますが、「@」の表示がある場合も押印は不要です。

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 健康保険被保険者整理番号 ●●●●

② 氏名 (フリガナ) ニシニホン (氏) ハナコ (名)

③ 西日本 花子

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 平成 05 年 06 月 01 日

⑥ 喪失原因 4. 退職等 (平成・令和 5年 5月 31日退職等)

⑦ 備考 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

⑧ 70歳以上被用者不該当

⑨ 標準報酬月額 240 千円

⑩ 保険証回収区分 1. 添付 2. 返不能 3. 滅失

【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。

喪失時の標準報酬月額を記入します。

被保険者証の回収区分を○で囲みます。回収した枚数を「1.添付」、回収できなかった枚数を「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。

被保険者 2

① 個人番号 [基礎年金番号]

⑦ 備考

⑧ 70歳以上被用者不該当

⑨ 標準報酬月額 千円

⑩ 保険証回収区分

被保険者 3

④ 個人番号 [基礎年金番号]

⑦ 備考

被保険者 4

① 被保険者整理番号

④ 個人番号 [基礎年金番号]

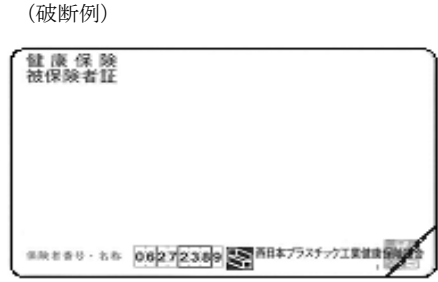
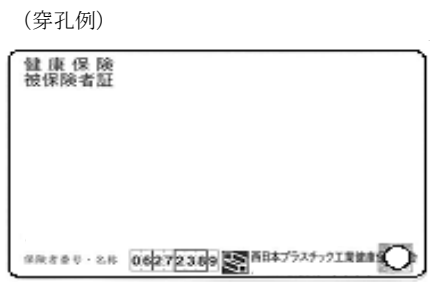
⑦ 備考

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

4. 70歳以上被用者不該当

使用欄 保険証回収区分 1. 添付 2. 返不能 3. 滅失

※被保険者証は郵送事故などの予期せぬ障害に備える為、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。



※ 〇部分は、記入しないでください。

喪失月の異なる届出がある場合は、資格喪失届を毎月毎に作成してください。