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（平成　年　月　日退職等） 5.死亡（平成　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		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（平成　年　月　日退職等） 5.死亡（平成　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		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（平成　年　月　日退職等） 5.死亡（平成　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		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（平成　年　月　日退職等） 5.死亡（平成　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		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	