様式第八号の次に次の一様式を加える。

様式第八号の二（第二十九条関係）

□健康保険・厚生年金保険被保険者資格喪失・厚生年金保険７０歳以上被用者不該当届

様式コード２２０１　1.個人番号

11.性別	12.生年月日
男・女	（大正 昭和 平成 令和）　年　月　日

13.被保険者の住所又は居所	
14.被保険者でなくなったことの原因	
15.（フリガナ）変更前氏名	16.氏名変更年月日　令和　年　月　日

17.社会保険事業所整理記号　18.社会保険事業所番号　19.社会保険被保険者整理番号

20.基礎年金番号（個人番号を記入した場合は、記入は不要です。）　21.社会保険喪失年月日（元号　年　月　日）　22.社会保険喪失原因（4 退職等（令和　年　月　日退職等）／5 死亡（令和　年　月　日死亡）／7 75歳到達（健康保険のみ該当）／9 障害認定（健康保険のみ該当））

23.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
2 退職後の継続再雇用者の喪失
3 その他（　　）

24.保険証回収
添付　　枚
返不能　　枚
※保険証を回収できない場合は、必ず「被保険者証回収不能届」をご提出ください。

25.７０歳以上不該当
（チェックを入れて、退職日または死亡日を記入してください）
（元号　年　月　日）

被保険者が外国人の場合のみ記入してください。

26.被保険者氏名（ローマ字）（アルファベット大文字で記入してください。）

被保険者氏名（ローマ字）［続き］

27.在留期間（西暦　年　月　日まで）

28.派遣・請負就労区分（1 派遣・請負労働者として主として当該事業所以外で就労していた場合／2 1に該当しない場合）

29.国籍・地域

30.在留資格

34.事業所名称

令和　年　月　日提出

住所　〒

事業主　氏名　　印

電話番号

記名押印又は署名

受付日付印

社会保険労務士記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名　印	電話番号