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	

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。

事業所所在地　〒　—

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(令和　年　月　日退職等) 5.死亡　(令和　年　月　日死亡) 7.75歳到達(健康保険のみ喪失) 9.障害認定(健康保険のみ喪失) 11.社会保障協定	
⑦備考		資格確認書回収 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(令和　年　月　日退職等) 5.死亡　(令和　年　月　日死亡) 7.75歳到達(健康保険のみ喪失) 9.障害認定(健康保険のみ喪失) 11.社会保障協定	
⑦備考		資格確認書回収 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(令和　年　月　日退職等) 5.死亡　(令和　年　月　日死亡) 7.75歳到達(健康保険のみ喪失) 9.障害認定(健康保険のみ喪失) 11.社会保障協定	
⑦備考		資格確認書回収 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(令和　年　月　日退職等) 5.死亡　(令和　年　月　日死亡) 7.75歳到達(健康保険のみ喪失) 9.障害認定(健康保険のみ喪失) 11.社会保障協定	
⑦備考		資格確認書回収 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	