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届・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

10. 被保険者氏名

フリガナ(カタカナ)

12. 生年月日

(大正　昭和
平成　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

(5　昭和
7　平成
9　令和)

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(健康保険のみ喪失)
9　障害認定(健康保険のみ喪失))

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. 資格確認書回収

添付　　枚
返不能　　枚
※資格確認書を回収できない場合は、必ず「資格確認書回収不能届」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)

(5　昭和
7　平成
9　令和)

元号　年　月　日

35. 事業所名称

令和　年　月　日提出

住所　〒

事業主　氏名

電話番号

社会保険労務士記載欄		氏名