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

受付印

提出者記入欄

事業所整理記号	―
事業所記号	
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）	
⑦ 備考		⑧ 70歳不該当	□ 70歳以上被用者不該当（退職日又は死亡日を記入してください）		組合使用欄	標準報酬月額	健　千円	厚　千円	
			不該当年月日	7.平成 9.令和　年　月　日		保険証回収区分	1. 添付　2. 返不能　3. 滅失		

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）	
⑦ 備考		⑧ 70歳不該当	□ 70歳以上被用者不該当（退職日又は死亡日を記入してください）		組合使用欄	標準報酬月額	健　千円	厚　千円	
			不該当年月日	7.平成 9.令和　年　月　日		保険証回収区分	1. 添付　2. 返不能　3. 滅失		

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）	
⑦ 備考		⑧ 70歳不該当	□ 70歳以上被用者不該当（退職日又は死亡日を記入してください）		組合使用欄	標準報酬月額	健　千円	厚　千円	
			不該当年月日	7.平成 9.令和　年　月　日		保険証回収区分	1. 添付　2. 返不能　3. 滅失		

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）	
⑦ 備考		⑧ 70歳不該当	□ 70歳以上被用者不該当（退職日又は死亡日を記入してください）		組合使用欄	標準報酬月額	健　千円	厚　千円	
			不該当年月日	7.平成 9.令和　年　月　日		保険証回収区分	1. 添付　2. 返不能　3. 滅失		

横浜港運健康保健組合

記入方法

提出者記入欄　：　事業所整理記号・事業所番号は下図を参照し、新規適用時または、名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。事業主の押印は、署名（自筆）の場合は必要ありません。

事業所整理記号			0	1	—	イ	ロ	ハ		事業所記号	1	2	3	4	5

①被保険者整理番号　：　資格取得時に払い出しされた被保険者整理番号を、必ず記入してください。

②氏名　：　氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。

③生年月日　：　年号は該当する番号を〇で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

⑤昭和 7.平成 9.令和	6	年 3	0	月 5	0	日 3

④個人番号（基礎年金番号）　：　本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。ただし、健康保険組合への届出については、記入不要です。

⑤喪失年月日　：　下図を参照し、喪失年月日を記入してください。

退職等による資格喪失	退職日の翌日 転勤の当日 雇用契約の変更の当日
死亡による資格喪失	死亡日の翌日
75歳到達による健康保険の資格喪失	誕生日の当日
障害認定による健康保険の資格喪失	認定日の当日

⑥喪失（不該当）原因　：　下図を参照し、該当する番号を〇で囲んでください。退職・死亡の場合は、その当日の年月日を（　）内に記入してください。

4. 退職等	退職した場合、雇用契約の変更等により被保険者の適用対象外となった場合、退職後に継続して再雇用した場合
5. 死亡	死亡した場合
7. 75歳到達	75歳に到達したことで後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合
9. 障害認定	65歳以上75歳未満の方で、障害認定により後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合

⑦備考　：　必要に応じて記入してください。

⑧70歳不該当　：　70歳以上の場合、「□70歳以上被用者不該当」にチェックを入れてください。
また、「不該当年月日」に退職または死亡した当日の年月日を記入してください。
在職中に70歳に到達された方の厚生年金保険被保険者資格喪失届は、この用紙ではなく『70歳到達届』を提出してください。