

様式コード
2 2 0 1

健康保険
厚生年金保険
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 1 年 12 月 3 日 提出

提出者記入欄

事業所整理記号 0 X ー ス イ ト 事業所番号 1 2 3 4 5

事業所所在地 〒 197-XXXX 東京都 あきる野市 引田 XXXX

事業所名称 農事組合法人 あいれん

事業主氏名 代表理事 睡蓮 貞二 ㊞

電話番号 042 (343) 00XX

在職中に70歳に到達された方の厚生年金保険被保険者喪失届は、この用紙ではなく『70歳到達届』を提出してください。

受付印

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 7 ② 氏名 (フリガナ) 1ウキコウ (氏) 農葉 (名) 太郎 ③ 生年月日 昭和 7.平成 4 0 0 6 3 0 9.令和

④ 個人番号 [基礎年金番号] 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 0 X ⑤ 喪失年月日 9.令和 0 1 1 2 0 1 ⑥ 喪失不該当原因 ④ 退職等 (令和 (1 年 11 月 30 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 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 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 [] 保険証回収 添付 1 枚 返不能 1 枚

⑧ 70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)

⑦ 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 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 [] 保険証回収 添付 枚 返不能 枚

⑧ 70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)

⑦ 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 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 [] 保険証回収 添付 枚 返不能 枚

⑧ 70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)

⑦ 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 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 [] 保険証回収 添付 枚 返不能 枚

⑧ 70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