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

元号 年 月 日 (5 昭和 / 7 平成 / 9 令和)

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)

元号 年 月 日 (5 昭和 / 7 平成 / 9 令和)

35. 事業所名称

令和 年 月 日提出

事業主 住所 〒
氏名
電話番号

社会保険労務士記載欄		氏名