

□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

11 empty boxes for individual number

10. 被保険者氏名

Text box for insured name

フリガナ(カタカナ)

16 empty boxes for name in katakana

12.	生	年	月	日
(大正 昭和)		年	月	日
(平成 令和)				

17. 社会保険事業所整理記号

6 empty boxes for insurance office code

18. 社会保険事業所番号

5 empty boxes for insurance office number

19. 社会保険被保険者整理番号

Text box for insurance insured code

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。)

11 empty boxes for basic pension number

21. 社会保険喪失年月日

8 empty boxes for loss date

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. 保険証回収

添付 〃 枚

返不能 〃 枚

※保険証を回収できない場合は、必ず「被保険者証回収不能届」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

Text box for business name

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