

常務理事	事務長	部長	課長	係長	CPU

令和 年 月 日提出

提出者記入欄

健康保険被保険者証記号	
厚生年金保険事業所整理記号	事業所番号
事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	印
電話番号	()

●事業主印は、事業主名を明記する際にゴム印等を使用した場合、1枚目と3枚目にもれなく押印してください。但し、自筆の場合は押印を省略できます。

受付印

社会保険労務士記載欄

氏名等

印

被保険者 1

① 被保険者証の番号	② 氏名	フリガナ 氏	名	③ 生年月日	5. 昭和	年	月	日	7. 平成
厚生年金の整理番号									
④ 個人番号 [基礎年金番号]	3枚目(年金機構分)に個人番号等をご記入ください。			⑤ 喪失年月日	7. 平成	年	月	日	9. 令和
⑦ 備考	保険証回収 添付 枚 返不能 枚 減失 枚			⑥ 喪失原因	4. 退職等(令和 年 月 日) 5. 死亡(令和 年 月 日) 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) 11. 社会保障協定				
				⑧ 70歳不該当	厚生年金保険70歳以上被用者不該当の場合は、3枚目をご記入ください。				

被保険者 2

① 被保険者証の番号	② 氏名	フリガナ 氏	名	③ 生年月日	5. 昭和	年	月	日	7. 平成
厚生年金の整理番号									
④ 個人番号 [基礎年金番号]	3枚目(年金機構分)に個人番号等をご記入ください。			⑤ 喪失年月日	7. 平成	年	月	日	9. 令和
⑦ 備考	保険証回収 添付 枚 返不能 枚 減失 枚			⑥ 喪失原因	4. 退職等(令和 年 月 日) 5. 死亡(令和 年 月 日) 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) 11. 社会保障協定				
				⑧ 70歳不該当	厚生年金保険70歳以上被用者不該当の場合は、3枚目をご記入ください。				

被保険者 3

① 被保険者証の番号	② 氏名	フリガナ 氏	名	③ 生年月日	5. 昭和	年	月	日	7. 平成
厚生年金の整理番号									
④ 個人番号 [基礎年金番号]	3枚目(年金機構分)に個人番号等をご記入ください。			⑤ 喪失年月日	7. 平成	年	月	日	9. 令和
⑦ 備考	保険証回収 添付 枚 返不能 枚 減失 枚			⑥ 喪失原因	4. 退職等(令和 年 月 日) 5. 死亡(令和 年 月 日) 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) 11. 社会保障協定				
				⑧ 70歳不該当	厚生年金保険70歳以上被用者不該当の場合は、3枚目をご記入ください。				

被保険者 4

① 被保険者証の番号	② 氏名	フリガナ 氏	名	③ 生年月日	5. 昭和	年	月	日	7. 平成
厚生年金の整理番号									
④ 個人番号 [基礎年金番号]	3枚目(年金機構分)に個人番号等をご記入ください。			⑤ 喪失年月日	7. 平成	年	月	日	9. 令和
⑦ 備考	保険証回収 添付 枚 返不能 枚 減失 枚			⑥ 喪失原因	4. 退職等(令和 年 月 日) 5. 死亡(令和 年 月 日) 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) 11. 社会保障協定				
				⑧ 70歳不該当	厚生年金保険70歳以上被用者不該当の場合は、3枚目をご記入ください。				

◎ 記入の方法は裏面に記載してありますのでよく読んでください。
◎ この用紙は、健保分(正・副)と厚生年金分(単票)の3枚複写です。厚生年金分は日本年金機構管轄事務センターもしくは管轄年金事務所へご送付ください。