様式コード			
2	2	6	9

70歳到達届

厚生年金保険
厚生年金保険

被保険者資格喪失届
70歳以上被用者該当届

令和　　年　　月　　日提出

提出者記入欄

事業所整理記号		事業所番号	
事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒　　ー		
事業所名称			
事業主氏名			
電話番号	（　　）		

退職等により厚生年金保険・健康保険の被保険者でなくなる場合は『被保険者資格喪失届・70歳以上被用者不該当届」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

この届書は、在職中に70歳に到達された方について提出していただくものです。

被保険者欄

① 被保険者整理番号		② 氏名	
③ 生年月日	5.昭和　7.平成　　年　　月　　日		
④ 個人番号［基礎年金番号］		⑤ 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 2. 短時間労働者（特定適用事業所等） 3. その他［　　］

資格喪失欄

⑥ 喪失年月日	7.平成　9.令和　　年　　月　　日	⑦ 喪失原因	⑥ 70歳到達（厚生年金保険のみ喪失）

被用者該当欄

⑧ 該当年月日	7.平成　9.令和　　年　　月　　日	⑨ 報酬月額	㋐（通貨）　円 ㋑（現物）　円 ㋒（合計 ㋐+㋑）　円