

# 特例退職被保険者資格取得申請書

記号	番号	資格取得年月日	決裁日	年	月	日
2	0	平成 年 月 日	常務理事	事務長	担当	
0						

トーエネック健康保険組合 理事長殿

ふりがな		(男・女)	資格取得日(入社)	昭	年	月	日
氏名			資格喪失日	平	年	月	日
生年月日	昭和 年 月 日(満 歳)		被保険者期間	年 カ月			
住所	〒 -		事業所記入欄	事業所名	支店 室・部		
電話番号	( ) -			記号-番号	-		
			事業所確認者印				

太枠内だけ記入してください。

## 被扶養者届

被扶養者氏名	性別	続柄	生年月日	同・別居	職業・年収等
ふりがな	男・女		昭和・平成 年 月 日	同居・別居	
被扶養者氏名	性別	続柄	生年月日	同・別居	職業・年収等
ふりがな	男・女		昭和・平成 年 月 日	同居・別居	
被扶養者氏名	性別	続柄	生年月日	同・別居	職業・年収等
ふりがな	男・女		昭和・平成 年 月 日	同居・別居	

保険料の納付方法
1. 毎月納付する
2. 半年分前納する
3. 1年分前納する

保険給付等の受領口座					
銀行名	銀行			支店	
口座番号	普通・当座				
ゆうちょ銀行をご利用の方					
記号			0	番号	
口座名義人					

## ・特例退職被保険者制度の資格喪失要件

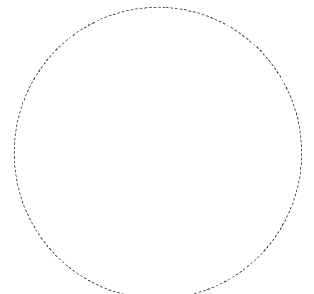
1. 後期高齢者医療制度の適用を受けたとき
2. 就職により他の健康保険の被保険者となったとき
3. 保険料の滞納があったとき
4. 死亡したとき

上記資格喪失要件を承知し、申請いたします。

平成 年 月 日

申請者氏名

印



受付印

添付書類	1. 本人並びに被扶養者が記載されている住民票
	2. 厚生年金保険の老齢年金証書の(写)