

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	

トーエネック健康保険組合 理事長殿

ふりがな	けんこう たろう	男・女	資格取得日(入社)	昭 年 月 日
氏名	健康 太郎		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 月
住所	〒 460 - 0008 名古屋市中区栄1丁目20-31		当社退職時 事業所名	支店 室・部
電話番号	(052) 219 - 1964		記号-番号	-
			事業所確認者印	

太枠内だけ記入してください。

電話番号も忘れずに記入して下さい

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 けんこう はなこ 健康 花子	男・女		昭和・平成 年 月 日	同居・別居	パート収入 500,000円
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	年金等の収入も 記入してください
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			昭和・平成 年 月		銀行またはゆうちょ銀行の どちらかをご記入ください

保険料の納付方法を
の内から指定してください

銀行またはゆうちょ銀行の
どちらかをご記入ください

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	健保 銀行	乃木坂 支店	
口座番号	普通・当座	123456	
ゆうちょ銀行をご利用の方			
記号		0	番号
口座名義人	健康 太郎		

・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

ゆうちょ銀行の記号・番号は通帳または振替口座開設通知書に記載されています

資格喪失要件をよくご確認のうえ、提出年月日を必ず記入して署名・押印してください

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

申請書に添付してください

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)

受付印