

特退

資格取得決定及決定通知何

| | | | | | |
|------|-----|----|----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 係長 | 係 |
| | | | | | |

◎この申出書の太枠内のみ記入捺印してください。(自署の場合は捺印を省略できます)
◎注意事項をよくお読みの上、お申し出ください。

| | |
|---------|----------|
| 記号 | 番号 |
| 資格取得年月日 | 令和 年 月 日 |

健康保険特例退職被保険者資格取得申出書

| | | | | | | |
|---|--|----------------------------|-------------------|---|---|---|
| フリガナ | トウヤク | タロウ | 性別 | 生年月日 | 資格喪失日(退職日の翌日) | |
| 氏名 | 東薬 | 太郎 | ♀ 女 | 昭和 32 年 2 月 1 日生 満 65 歳 | 平成 4 年 5 月 1 日 令和 | |
| 現住所 | (フリガナ) トウキョウトチヨダクナガタチョウ 〒123-4567 東京都千代田区永田町2-17-2 東薬ビル101 | | | | 自宅 ☎ 03 - 3581 - 1236 携帯 ☎ 090 - #### - #### | |
| 当健康保険組合の組合員であった当時の被保険者証の記号・番号及び事業所名称 | | 当健康保険組合の組合員であった期間 | | | 被扶養者 | |
| 記号・番号 | 名称 | 昭和 平成 令和 | 昭和 平成 令和 | 昭和 平成 令和 | ①・無 年金支給者名 | |
| 9999 - 1234 | 東薬株式会社 | 平成 12 年 1 月 1 日から | 平成 4 年 4 月 30 日まで | 22 年 4 ヵ月間 | 厚生年金保険 | |
| 記号・番号 | 名称 | 昭和 平成 令和 | 昭和 平成 令和 | 昭和 平成 令和 | 受給年金の種類 | |
| — | — | — | — | — | ① 老齢年金 ② その他 () | |
| 1. 1年払い希望 保険料の前納 ② 半年払い希望 3. 希望しない ※ | | ※前納を希望しない場合のみ 保険料の支払い方法 | | 1. 銀行引落とし(組合指定銀行 裏面9参照) 2. ゆうちょ銀行引落とし 3. 納付書による振込 | 年金受給権を 取得した年月日 26 年 1 月 日 | |
| <input type="checkbox"/> 20年以上継続加入 <input type="checkbox"/> 40歳以降10年以上継続加入 | | 決定標準報酬月額 | 千円 | 保 險 料 額 | 基本保険料 | 円 |
| 備 考 | | 退職時の標準報酬月額 | 千円 | | 一般保険料 | 円 |
| | | | | | 調整保険料 | 円 |
| | | | | | 介護保険料 | 円 |
| | | | | | 合計 | 円 |

上記のとおり申出します。

受付日付印

令和 4 年 5 月 2 日

東京薬業健康保険組合理事長 殿