特退

資格取得決定及決定通知伺

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

健康保険特例退職被保険者資格取得申出書

フリガナ 被保険者氏名	トウヤク　タロウ 東薬　太郎	生年月日	昭和 31 年　12 月　12 日	性別	(男)・女
現住所	〒　123 － 4567 東京都千代田区永田町2-17-2　東薬ビル101	自宅TEL　0123 － 45 － 6789 携帯TEL　090 － 1234 － 5678			
資格喪失年月日（退職日の翌日）	令和 6 年　12 月　1 日	被扶養者	有・(無)	年金支給者名	厚生年金保険
受給年金の種類	(1)．老齢年金 2．その他（　　）	年金受給権を取得した年月日	令和6年　11月		

当組合の組合員であった事業所名称及び期間

記号番号	1234 － 4567	事業所名称	東薬株式会社
(昭和)平成令和	7 年 4 月 1 日 ～	昭和平成令和	6 年 12 月 31 日　加入期間 39 年 9 ヶ月間
記号番号		事業所名称	
昭和平成令和	年　月　日 ～	昭和平成令和	年　月　日　加入期間　年　ヶ月間
記号番号		事業所名称	
昭和平成令和	年　月　日 ～	昭和平成令和	年　月　日　加入期間　年　ヶ月間

保険料の前納（納付書）	1．1年払い希望 2．半年払い希望 (3)．希望しない（右記へ）	前納を希望しない場合保険料の支払方法	(1)．納付書による振込 2．銀行引落し（組合指定銀行）※裏面参照 3．ゆうちょ銀行引落し
納付書の種類	(1)．組合指定銀行 ※裏面参照	2．ゆうちょ銀行	

※保険料の前納、支払方法にチェックがない場合は、単月の組合指定銀行用の納付書を送付いたします。

備考		資格確認書発行要否	□ 発行が必要

上記のとおり、申し出ます。　　令和 ● 年 ● 月 ●日

受付日付印

組合記入欄

特例退職資格取得決定事項	記号－番号		―
	取得年月日		R　年　月　日
	□ 20年以上継続加入		
	□ 40歳以降10年以上継続加入		
	標準報酬月額	退職	千円
		決定	千円

【提出先及び問合せ先】
〒100-0014
東京都千代田区永田町2-17-2
東京薬業健康保険組合 適用課
TEL：03-3581-1236