

特例退職被保険者資格取得申請書

フリガナ		性別	申請日	年 月 日
申請者氏名 (自署)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	S: 年 月 日生
被保険者 住所・連絡先	〒 ()			資格確認書 <input type="checkbox"/> 発行が必要
自宅電話番号	()	携帯電話番号	()	
Eメールアドレス				
特例退職被保険者加入対象期間の会社名・健保名・加入期間				
会社名		健保名	<input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H・ <input type="checkbox"/> R:	年 月 日 から 年 月 日 まで
			<input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H・ <input type="checkbox"/> R:	年 月 日 から 年 月 日 まで
			<input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H・ <input type="checkbox"/> R:	年 月 日 から 年 月 日 まで
			<input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H・ <input type="checkbox"/> R:	年 月 日 から 年 月 日 まで
老齢厚生年金等 受給年月 (特例退職被保険者の資格取得日は、原則、申請書(受理)日又は老齢厚生年金の受給開始年月のいずれか遅い方を取得基準とします)			年 月 から年金受給開始(予定)	
特例退職被保険者 加入希望年月日			年 月 日 に加入希望	
保険料希望 納付方法 (いずれか一つに☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> ①月払 毎月納付	<input type="checkbox"/> ② 6ヶ月前納 4~9月分・10~3月分の 単位での納付	<input type="checkbox"/> ③ 12ヶ月前納 当該年度の3月分までの納付	
保険給付等が発生した場合に、当健保組合から送金するための金融機関口座	金融機関口座は申請者名義でお願いします (申請者氏名が、改姓等の理由で口座名義と相違していること等がある場合には、当健保組合へご連絡をお願いします)			
	銀行名 (銀行コード)	銀行 信用金庫 (銀行コード)	支店名 (支店コード)	支店 (支店コード)
	<input type="checkbox"/> 普通預金	普通預金	口座名義人	申請者名義
特退申請時の被扶養者有無	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 →	※ 被扶養者が有の場合は、「被扶養者届」及び必要に応じて確認書類の提出が必要です		
事業主 証明欄	上記申請に関し、当該被保険者の当社における被保険者期間及び退社日は、 年 月 日であることを確認いたしました 年 月 日 事業所名称 事業主氏名 ブルデンシャル健康保険組合 理事長 殿			

【特例退職被保険者(加入要件)】

老齢厚生年金の受給者で、原則として、当健康保険組合の被保険者(任意継続被保険者期間を含む)であった人で、次の①又は②の条件をみたすことが必要です [他の加入要件や保険料額、支払方法等の詳細については、申請者より直接、当健康保険組合へご照会ください]

①20年以上当健康保険組合の被保険者であった人 ②40歳以降かつ10年以上当健康保険組合の被保険者であった人

受付日付印

※被保険者期間の通算は、ブルデンシャル健保組合発足後の2012年4月1日以降とする。

但し、POJ、PGSJ、PHJ、当健保組合の被保険者(被保険者であった者を含む)については、2012年3月31日以前に

加入していた外国運輸金融健保組合及び旧ブルデンシャル・ジブラルタ健保組合の加入期間も通算する

健保 使用 欄	記号-番号	—	初回保険料	健保P	常務理事	事務長	確認者	担当者
	特退取得年月	年 月 日		介P				
	受給開始年月	年 月	旧記号-番号	—				
	加入年数確認	<input type="checkbox"/> 20年以上 <input type="checkbox"/> 40歳以上10年以上	地域番号					