

特例退職被保険者資格取得申請書

フリガナ	ケンポ タロウ		
申請者氏名 (自署)	健保 太郎		
被保険者 住所・連絡先	〒(●●●●-●●●●) 東京都豊島区 ●●●●-●●●●		
自宅電話番号			
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	●●生命保険	●●健康保険組合	<input type="checkbox"/> S・ <input checked="" type="checkbox"/> H: ●●年 ●●月 ●●日 から ● 年 ● ヶ月 <input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H: ●●年 ●●月 ●●日 まで
	・厚生年金を実際に受給していることが加入要件であり、年金受給停止や年金受給手続き中の場合には加入できない場合があります（健保法施行規則 第168条第1項第4項）		
年齢厚生年金等 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 checked="" 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をお願いします (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)
	普通預金	普通預金	0 6 5 4 3 2 ●
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 checked="" type="checkbox"/> 有 → ※ 被扶養者が有る場合は「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	上記申請確認した	当健保組合への提出書類として 1. 特例退職被保険者資格取得申請書 2. 住民票 3. 厚生年金証書兼裁定通知書(写) 4. 被扶養者がいる場合の「被扶養者届」及び確認書類 ※別途、他の書類をご提出いただくこともありますので、詳細は、当健保組合へご照会ください	
	プルデンシャル健康保険組合 理事長 殿	○○○○年○月○日であることを確認 ○○○○年○月○日 会社 印	

【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]

- ① 20年以上当健康保険組合の被保険者であった人
- ② 40歳以降でかつ10年以上当健康保険組合の被保険者であった人

※被保険者期間の通算は、プ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プルデンシャル・ジブラルタ健保組合の加入期間も通算する

受付日付印

健保使用欄	記号-番号	—	初回保険料	健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					