

そごう・西武健康保険組合理事長 殿



特例退職被保険者資格取得申出書

下記のとおり、特例退職被保険者資格取得を申出ます。

(申請年月日)平成 年 月 日

申請者の氏名

印

特例退職被保険者証 の記号および番号	(この欄は、記入しないでください。) 3 0 -						
氏 名	(ふりがな)	生 年	大・昭	性	男・女	扶養家族	有 ・ 無
		月 日	年 月 日生	別		の 有 無	
現 住 所	〒 - 電話番号 ()						
当 健 康 保 険 組 合 の 組 合 員 で あ っ た 期 間							
資格取得年月日(入社日)	昭和・平成 年 月 日		資格喪失年月日(退社の翌日)	平成 年 月 日			
退 職 時 の 所 属 事 業 所			初回分保険料の支払方法	□三菱東京 UFJ 銀行振込			
年 金 受 給 の 名 称	老 齢 厚 生 年 金		※特 退 取 得 年 月 日	平成 年 月 日			
年金受給権取得年月日	平成 年 月 日取得		※適 用 の 標 準 報 酬 月 額	千円			
・太ワク内をご記入ください。 ・この申請書に住民票(原本)を添付してください。 ・年金証書(写)、直近の年金支給通知書(写)を添付してください。 (年金証書がお手元がない場合、現在受給申請中の方は退職日から3ヶ月以内に提出ください。)			受 付 印	常務理事			