

# 特例退職被保険者 資格取得申出書

常務理事	事務長		係

令和 年 月 日

資格喪失時の 記号・番号	記号		番号	
氏名	フリガナ			
申請者の住所	〒			
生年月日	昭和 平成	年	月	日 ( ) 歳
メールアドレス (退職後に連絡がとれるも)				
資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	平成 令和	年	月	日 ( ) 歳
資格喪失時の事業所名称				
老齢年金受給状況	1. 受給中	2. 請求中	3. 今後手続き	※3.の場合は、3か月以内に必ず手続きをしてください
給付金等振込先	銀行 信用金庫		本店 支店	
	普通	口座番号	口座名義(カナ)	
保険料の納入方法	1. 月払い		2. 1年分前納	3. 半年分前納
被保険者同意欄	保険料の納入期日までに入金の確認が取れない場合、資格喪失の手続きをとる事に同意します。 被保険者氏名 _____			
資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 資格確認書の発行を希望します (マイナ保険証を利用している場合はチェック不要です)			

特退加入前と扶養家族が同じ場合はその氏名を記入してください。なお、新規に扶養家族となる方がいる場合や、他の健保から当健保の特退に加入される方は、別途「被扶養者異動届(追加)」等を提出してください。

被扶養者状況	氏名	生年月日	性別	続柄	住所
		S・ H・R	年 月 日		
資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/>	資格確認書の発行を希望します (マイナ保険証を利用している場合はチェック不要です)			
	S・ H・R	年 月 日			
資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/>	資格確認書の発行を希望します (マイナ保険証を利用している場合はチェック不要です)			
	S・ H・R	年 月 日			
資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/>	資格確認書の発行を希望します (マイナ保険証を利用している場合はチェック不要です)			
	S・ H・R	年 月 日			
資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/>	資格確認書の発行を希望します (マイナ保険証を利用している場合はチェック不要です)			

備考	【添付書類】
	・国民年金・厚生年金保険年金証書の写し
	※手続き中の場合は、後日でも結構です。手続き完了後速やかに提出してください。
	・(配偶者が加入する場合)直近の課税(非課税)証明書及び直近の収入(年金額等)がわかる書類
	・加入者全員分の住民票(本籍及び個人番号が記載されていないもの)
・個人番号届(プロテリアル健保への加入歴がない場合のみ)	

受付日付印

健保記入欄	特例退職被保険者等 記号・番号	
	資格喪失予定日	令和 年 月 日
	初回保険料納入日	令和 年 月 日

プロテリアル健康保険組合

# 同意書

私は、特例退職被保険者制度に加入するに当たり、  
プロテリアル健康保険組合が加入要件を確認するため、  
日立健康保険組合へ加入履歴照会の回答を得ることに  
同意いたします。

令和 年 月 日

住所

---

生年月日 S・H 年 月 日

---

氏名

---