

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	100	番号	123456
氏 名	フリガナ	ケンポ タロウ		
		健保 太郎		
申請者の住所	〒	000-0000		
		東京都渋谷区 1-2-3		
	自宅Tel	090 (1234) 5678	携帯Tel	090 (1234) 5678
生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日 () 歳	性 別	男 ・ 女
メールアドレス (退職後に連絡がとれるもの)		@.co.jp		
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	株式会社 事業本部			
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	1234567	口座名義(カナ) ケンポ タロウ
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 健保 太郎			

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。

	氏 名	生年月日	性別	続 柄	住所
	健保 花子	年 月 日	女	妻	被保険者と同じ
被扶養者 状 況	資格確認書発行要否	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)			
	資格確認書発行要否	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)			
	資格確認書発行要否	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)			
	資格確認書発行要否	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 東京都渋谷区●●1-2-3

生年月日 (S)・H ● 年 ● 月 ● 日

氏名 健保 太郎