

特例退職被保険者資格取得申請にあたっての確認書

民間放送健康保険組合理事長 様

特例退職被保険者の資格取得申請をするにあたって、私が居住している市区町村の「国民健康保険の保険料額及び給付内容等」と「民間放送健康保険組合で実施している特例退職被保険者制度」を検討した結果、民間放送健康保険組合の特例退職被保険者資格を取得することを希望します。

また、下記のいずれかの事由に該当した場合は、特例退職被保険者の資格を喪失することを確認のうえ、申請いたします。

記

(確認後1～9それぞれの□に✓を入れてください。)

喪失事由		資格を喪失する日
<input type="checkbox"/>	1 後期高齢者医療制度に該当する75歳になったとき	後期高齢者医療制度の資格取得日
<input type="checkbox"/>	2 65歳以上で広域連合の障害認定を受け後期高齢者医療制度に該当したとき	後期高齢者医療制度の資格取得日
<input type="checkbox"/>	3 再就職により健康保険または船員保険の資格を取得したとき	健康保険等の資格取得日
<input type="checkbox"/>	4 海外に居住することとなったとき	海外の居住日
<input type="checkbox"/>	5 生活保護を受給することとなったとき	生活保護の決定日
<input type="checkbox"/>	6 死亡したとき	死亡日の翌日
<input type="checkbox"/>	7 保険料が納付期日までに納付されなかったとき	納付期日の翌日
<input type="checkbox"/>	8 被用者保険の被扶養者になったとき	被扶養者認定日
<input type="checkbox"/>	9 特例退職被保険者でなくなることを申し出たとき	組合が申出書を受理した日の翌月1日

令和 年 月 日

住所

氏名