|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務局長 | 部　長 | 課　長 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 市町村番号 |  |
| 記号・番号 | － |
| 取得年月日 | 令和　　年　　月　　日 |

**健康保険特例退職被保険者資格取得申請書**

※太枠内を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  | 性別 | 生　年　月　日 | 被扶養者の有無 |
| 申請者氏名 |   | 男・女 | 昭和　　年　　月　　日 | 有 ・ 無 |
| 住所 | 〒 | 個人番号※ 当組合に個人番号が未登録の方のみご記入ください。 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電 話 番 号 | 自 宅 ( 　　　　) 　　　　－ 　　　　 | 携 帯 ( 　　　　) 　　　　－ 　　　　 |
| 緊急連絡先 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 続　柄 | 電　話　番　号　 |
| 氏 名 |  |  | (　　　　)　　　　－　　　　 |
| 保険料の納付方法※初回の納付は納付書による納付となります。 | 口座振替を希望(毎月または翌年度からの前納) | Ａ.都市地方銀行等　　Ｂ.ゆうちょ銀行（後日口座振替の申込書を送付します。） |
| 前納を希望(初年度は納付書で納付) | Ｃ. 6ヵ月 (4月分～9月分)(10月分～翌年3月分)Ｄ.12ヵ月 (4月分～翌年3月分) |
| 給付金等の受取口座 | 金融機関番号 | ﾌ ﾘ ｶ ﾞﾅ |  | 預金種目 | 口座番号（右づめで記入） |
|  |  |  |  |  | 銀　行 | 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 店舗番号 | ﾌ ﾘ ｶ ﾞﾅ |  | フ リ ガ ナ |  |
|  |  |  |  | 支　店出張所 | 口座名義 |  |

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印

上記のとおり申請します。

民間放送健康保険組合　理事長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年金支給者名 | 受給年金の種類 | 年金受給権を取得した年月 |
| 厚 生 年 金 | 老齢基礎年金　　　　　その他老齢厚生年金 | 平　成 　　　年　　　月令　和　　 |
| 組合員時 | 記号・番号 | 事　業　所　名 |
| － |  |
| 資 格 要 件 | 1. 20年以上加入
2. 40歳以降10年以上加入
 |
| 資格喪失予定日 | 健 康 保 険 | 介 護 保 険  |
| 令和 　　年 　　月 　　日 | 令和 　　年 　　月 　　日 |
| 初回保険料 | 　月分　（納付期限：令和　　　年　　　月　　　日） |
| 口座振替 | 令和　　　年　　　月分から開始 |

民 間 放 送 健 康 保 険 組 合