健康保険特例退職被保険者資格取得申請書

※太線枠内をご記入下さい

常務理事	事務長		係	特例退職の記号・番号
				２ ー

当組合における記号・番号	記号	番号			
フ リ ガ ナ		性 別	男・女	生年月日	昭和　年　月　日（年齢　歳）
申請者の氏名					
住　所	〒			電話（　）－（　）－（　） 携帯（　）－（　）－（　） E-mail	
当組合における被保険者であった当時勤務していた事業所の名称				資格確認書の交付を希望する場合は☑	□
当組合における被保険者であった期間	昭和・平成　年　月　日 から 平成・令和　年　月　日まで　年　ヶ月間				
年金支給者：日本年金機構　老齢厚生年金　受給権取得年月	平成・令和　年　月				

被扶養者	フリガナ / 氏名	性別	生年月日	続柄	住居の同別	資格確認書の交付を希望する場合は☑
		男・女	S・H・R ・ ・（年齢　歳）		同居 別居	□
		男・女	S・H・R ・ ・（年齢　歳）		同居 別居	□
		男・女	S・H・R ・ ・（年齢　歳）		同居 別居	□

保険給付金の振り込み先
※高額療養費や補助金などの支給がある場合、健保からお振込みするための口座です。被保険者名義の口座を必ずご記入ください。

＊ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名・口座番号を記入＊

銀行

支店

1. 普通
2. 当座

口座番号

口座名義　フリガナ

記号・番号に代えて個人番号（マイナンバー）により申請する場合は、備考欄へ記入してください
（マイナンバーを記入した場合は、個人番号を確認するための添付書類が必要です）

備考欄

	案内送付	介護保険	加入期間	提出書類	資格確認書	お知らせ
令和　年　月　日 資格取得	／ 〒 社 M T ／	あり なし		年金証書		
令和　年　月　日 資格喪失						

受付印

【提出方法】　郵送 または 社内便
〒103-0016
東京都中央区日本橋小網町９－２
SMBC日興証券グループ健康保険組合
特退係