

特例退職被保険者 資格取得申出書

日立ジョンソンコントロールズ空調健康保険組合 理事長 殿

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 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)		
資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	平成 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
給付金等振込先	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
保険料の納入方法	1. 月払い	2. 1年分前納
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		

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
S・ H・R	年 月 日			
S・ H・R	年 月 日			
S・ H・R	年 月 日			
S・ H・R	年 月 日			

【添付書類】
備考
・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。
・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)

受付日付印

健保記入欄	特例退職被保険者証 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

【送付先】〒151-0051
東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-12
S-FRONT代々木ビル2F
日立ジョンソンコントロールズ空調健康保険組合
事務処理センター

同意書

私は、特例退職被保険者制度に加入するに当たり、日立ジョンソンコントロールズ空調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
