

特例退職被保険者資格取得申請書

記号	番号
2 0 0	

資格取得年月日
令和 年 月 日

決裁日	年 月 日
常務理事	事務長 担当

トエネック健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日提出

ふりがな		(男・女)
氏名		
生年月日	昭和 年 月 日(満 歳)	
住所	〒 -	
電話番号	自宅 () - (無)	
両方ご記入ください	携帯 - - (無)	

事業所記入欄	資格取得日(入社)	昭 年 月 日
	資格喪失日	令 年 月 日
	被保険者期間	年 カ月
	当社退職時	事業所名 支店 室・部
		記号-番号 -
	事業所確認者	

※太枠内だけ記入してください。

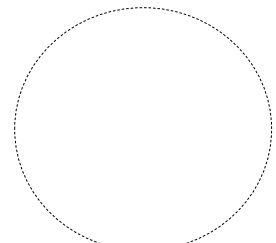
◎ 被扶養者届

被扶養者氏名	性別	続柄	生年月日	同・別居	職業・年収等
ふりがな	男・女		昭和・平成・令和 年 月 日	同居・別居	
被扶養者氏名	性別	続柄	生年月日	同・別居	職業・年収等
ふりがな	男・女		昭和・平成・令和 年 月 日	同居・別居	
被扶養者氏名	性別	続柄	生年月日	同・別居	職業・年収等
ふりがな	男・女		昭和・平成・令和 年 月 日	同居・別居	

保険料の納付方法
1. 毎月納付する
2. 半年分前納する
3. 1年分前納する

保険給付等の受領口座		
銀行名	銀行	支店
口座番号	普通・当座	
※ゆうちょ銀行をご利用の方		
記号	0	番号
口座名義人		

添付書類	1. 厚生年金保険の老齢年金証書の(写)
	2. 預金口座振替依頼書



受付印