

健康保険 特例退職被保険者資格取得申請書

申請者の氏名	ふりがな けんぼ たろう 健保 太郎 (63 歳) 昭和 ×× 年 ×× 月 ×× 日生 (男)・女		
住所	ふりがな とうきょうと みなとく かいがん 〒105-8527 東京都港区海岸1-5-20		
電話番号	TEL 03 (5400) 7698 携帯 090 (1234) 5678		
直近の加入健康保険 (いずれかに○) 他健保に加入されている場合…退職又は健保喪失証明書(写)を添付下さい	() 東京瓦斯健康保険組合 () 国民健康保険 (○) ○○健康保険組合 他健保に加入している方は名称を記入願います	記号 ××	番号 ×××××××× () ← 任意継続加入中なら○
東京瓦斯健康保険組合の加入期間	退職から特退に加入される方は入社日及び退職日をご記入ください 任意継続から特退に加入される方は保険証の資格認定日及び喪失予定日をご記入ください 昭・平 ○○年 △月 ×日 ~ 平・令 ○○ 年 △ 月 × 日		
マイナンバー記入欄	個人番号	□□□□□□□□□□□□□□□□	
他の健保から東京ガス健保の特退に加入される方のみ御記入ください			
保険料支払方法 (いずれかに○)	() 1年前納 (○) 半年前納	4月(または加入月)~3月(年度末)迄の期間分 4月(または加入月)~9月迄と 10月(または加入月)~3月(年度末)迄の期間分 初回保険料は新保険証と一緒に送付します納付書で郵便局にてお振込願います。2回目以降は口座引落となります	
給付金受取及び自動振替口座 (申請者名義口座に限る:東京瓦斯健保からの給付金等の振込口座となります)	金融機関名 ○○銀行	支店名 ○○支店	ゆうちょ銀行の場合、支店は通帳を見開いた下部に記載されている【店名】【店番】をご記入下さい 必ず通帳の見開き面(店名・店番・口座番号記載)のコピーを添付下さい 預金種別 普通 口座番号 ●●●●●●●●
医療費通知の取扱い方法 (いずれかに○)	() 東京瓦斯健康保険組合のホームページで閲覧する (○) 紙による郵送を希望する(3ヶ月に1度)		
本人以外の連絡先 (出来ましたら、申請者より若い親族で別居の方をお願いします)	申請者との続柄 長男	氏名 ふりがな けんぼ いちろう 健保 一郎	住所 〒○○○-○○○○ 神奈川県○○市××町1-2-3 電話番号 TEL ××× (×××) ××××
提出書類は、下記のチェックリストを参考にお取り揃え下さいます様お願いします			
被保険者	<input checked="" type="checkbox"/> 承諾書 <input checked="" type="checkbox"/> 預金口座振替依頼書 <input checked="" type="checkbox"/> 年金証書又は年金請求書 <input checked="" type="checkbox"/> 住民票(加入前3ヶ月以内のもの) <input checked="" type="checkbox"/> ゆうちょ銀行指定の場合…通帳見開きのコピー <input checked="" type="checkbox"/> 他健保に加入の場合…退職証明書又は健保喪失証明書などの喪失日の分かる書類のコピー		
被扶養者	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者申請書 <input checked="" type="checkbox"/> 収入証明書	随時 <input checked="" type="checkbox"/> 年金振込通知書(老齢・障害・遺族等) <input checked="" type="checkbox"/> 給与明細6か月分 <input type="checkbox"/> 学生証(写) <input type="checkbox"/> 他の収入に関する書類	

健保使用欄	適用情報	旧記号 限度額証・特定疾病療養受療証	番号	資格取得日	年	月	日		
	資格喪失時	標準報酬月額	等級	千円	資格喪失日	年	月	日	
	特退記番号	記号	番号	資格取得日	年	月	日		
	振込口座CD	金融機関	支店						
	保険証発送			年	月	日			
	初回保険料	納付期限	年	月	日	東京瓦斯健康保険組合			
	円	入金日	年	月	日				
				常務理事		事務長		担当者	