

特 退

《記入例》

●●●●年 ● 月 ● 日

富士通健康保険組合 御中

事業所証明欄	
事業所所在地	
事業所名称	
代表者名	

・上記の証明欄は、健保より事業所に依頼しますので記入不要です。
・事業所の押印は不要です。

年金受給権資格証明書

次の者は、富士通健康保険組合の特例退職者医療制度に加入するにあたり、下記のとおり年金受給権を有することを証明します。

氏名(保険証番号)	富士通男 (●●●●●●)						
生年月日	昭和 ●● 年 ● 月 ● 日						
入社年月日	昭和●●・平成 ●● 年 ● 月 ● 日						
退職年月日	平成●●・令和 ● 年 ● 月 ● 日						
現住所	〒●●●● - ●●●●神奈川県川崎市中原区小杉町●-●-●						
職歴	<table border="1"><thead><tr><th>事業所の名称</th><th>事業所の所在地</th><th>勤務期間</th></tr></thead><tbody><tr><td>富士通株式会社 ●●株式会社</td><td>神奈川県川崎市中原区上小田中4-1-1 東京都●●区●●町●-●-●</td><td>昭和●●年●月●日～平成●●年●月●日 平成●●年●月●日～平成●●年●月●日</td></tr></tbody></table>	事業所の名称	事業所の所在地	勤務期間	富士通株式会社 ●●株式会社	神奈川県川崎市中原区上小田中4-1-1 東京都●●区●●町●-●-●	昭和●●年●月●日～平成●●年●月●日 平成●●年●月●日～平成●●年●月●日
	事業所の名称	事業所の所在地	勤務期間				
富士通株式会社 ●●株式会社	神奈川県川崎市中原区上小田中4-1-1 東京都●●区●●町●-●-●	昭和●●年●月●日～平成●●年●月●日 平成●●年●月●日～平成●●年●月●日					
年金証書のコピーを提出できる方は、この証明書は必要ありません。							
当健保の被保険者期間	20年 ● ヶ月						

以上

特 退

年 月 日

富士通健康保険組合 御中

事業所証明欄
事業所所在地
事業所名称
代表者名

- ・上記の証明欄は、健保より事業所に依頼しますので記入不要です。
- ・事業所の押印は不要です。

年金受給権資格証明書

次の者は、富士通健康保険組合の特例退職者医療制度に加入するにあたり、下記のとおり年金受給権を有することを証明します。

氏 名 (保険証番号)			
生 年 月 日	昭和	年	月 日
入 社 年 月 日	昭和・平成	年	月 日
退 職 年 月 日	平成・令和	年	月 日
現 住 所	〒 -		
職 歴	事業所の名称	事業所の所在地	勤務期間
当健保の被保険者期間	年	ヶ月	

以 上