

*組合記入欄

記号・番号	(記号) 880	(番号)
資格取得年月日	平成 年 月 日	
資格喪失予定年月日	平成 年 月 日	
保険料納付方法	(1) 月払 (2) 前納払	

常務理事	事務長	担当者

健康保険
特例退職被保険者
資格取得申請書

日揮健康保険組合 御中

〔記入例〕

特例退職被保険者制度への加入 (○で囲む) → 新規 再加入

(フリガナ)	ニッキ タロウ	性別	男	生年月日	昭和 〇〇 年 5 月 5 日生	被扶養者の有無	有	
申請者の氏名	日揮太郎		女					
(フリガナ)	ヨコハマシ コウナンク ヒノ							
申請者の住所	〒 (233 - 0050)	横浜市港南区日野〇-〇-〇					TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	FAX 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

1. 日揮健康保険組合の被保険者期間

被保険者証の記号・番号	事業所名	組合員であった期間
(記号) 10 (番号) ××××	日揮(株)	昭・平 51 年 4 月 1 日 ~ 昭 平 21 年 9 月 30 日まで 33 年 6 か月間
70	△△△△ 日揮ユニバーサル(株)	昭 平 21 年 10 月 1 日 ~ 昭 平 24 年 3 月 31 日まで 2 年 6 か月間
990	〇〇〇〇 任意継続被保険者	昭 平 24 年 4 月 1 日 ~ 昭 平 25 年 3 月 31 日まで 1 年 0 か月間
		昭・平 年 月 日 ~ 昭・平 年 月 日まで 年 月 日

2. 厚生年金等の受給権の確認 (注2参照)

年金支給者	年金の種類	受給権を取得した年月日
厚生労働省	① 老齢厚生年金 (2) その他 ()	平成 〇〇 年 5 月 4 日

3. 健康保険料・介護保険料の納付方法 (注3参照)

(1) 月払 (同封の預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書に必要事項を記入・捺印願います。) ② 前納払 (年1回)

4. 給付金等受領口座 (注4、注5参照。「ゆうちょ銀行」は対象外となります。)

振込先	横浜 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇	日野 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇	金融機関番号	0 1 3 8	店舗番号	△ △ △	預金種目	① 普通 (2) 当座
	口座番号	口座名義 (カタカナで記入)	ニッキ タロウ					
	1 2 3 4 5 6 7							

5. 確認事項

自宅でインターネットが利用できますか	① 利用できる (2) 利用できない (3) 利用できるようにする予定
自宅にプリンターはありますか	① ある (2) ない (3) 購入する予定
メールアドレスはありますか	① ある (E-Mail: abcd-efghi@jklmn.co.jp) (2) ない

上記のとおり申請いたします。

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

※ 受付日付印

添付書類 (該当する書類を本申請書に添付して下さい。)

- 世帯全員の住民票 (原本)
- 〔被扶養者のいる方〕健康保険被扶養者異動届 (当該届に記載された必要書類を含む)
- 受給している年金の証書の写
(1) 老齢厚生年金の受給者: 「国民年金・厚生年金保険年金証書」
(2) その他の年金の受給者: 「〇〇〇〇年金証書」
- 国民健康保険の被保険者である方は、「国民健康保険証」の写 (被扶養者とする方の証も)
- 再就職先を退職した場合は、加入していた健康保険組合発行の資格喪失証明書
(注) 1. 記入欄の選択項目は該当する項目を○で囲んで下さい。

- 老齢厚生年金には、65歳未満で支給される特別支給の老齢厚生年金を含みます。
- 「月払」の自動振替による振込手数料は組合負担となり、「前納払」の振込手数料は被保険者負担となります。
- 保険料納付方法で「月払」を選択した方は、保険料振替口座と給付金等受領口座は同一の口座として下さい。
- 窓口で支払った自己負担金に対する高額療養費・付加金等の給付金を受領口座に振り込みます。
- 2枚目の申請者控は切り離さず、そのまま送付願います。後ほど、加入書類等送付時に同封します。