

特例退

冒頭の注意書きは必ずご一読ください。



GL	担当者	担当者

- 記入前に必ず加入要件等について「特例退職被保険者制度加入のご案内」をご一読いただき、制度概要をご理解いただいたうえでお申し込みください。
- 記入例を参照し、①～④の全項目記入漏れがないよう注意してください。記入欄は2ページあります。
- 保険証・保険料納付書(口座引き落とし開始までの保険料分)・他ご案内等は申請書記入住所に資格取得日以降に「簡易書留」で送付します。

在職時保険証の「記号」「番号」を記入してください。 選択肢がある場合は 該当のものにマルしてください。

① 被保険者について

申請書記入日		令和 4 年 4 月 10 日							
在職時 保険証	記号	* * *		番号	* * *		フリガナ (ケンポ タロウ)	生年月日	性別
特退 取得後	記号	(健保記入欄)		番号	(健保記入欄)		氏名 健保 太郎	昭和 30 年 5 月 20 日	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	〒250-**** 神奈川県		都道 府県	市区 群	固定電話			0465-12-****	
	町 1-2-345				FAX		0465-12-*		
	(アパート・マンション名まで記入してください) ****マンション 1011 号室				携帯電話		080-7890-****		
メールアドレス		kenpo1234 @ O x Δ . j p							

※メールアドレスの記入は、大文字・小文字・数字・記号・ハイフン(-)・アンダーバー(_)をわかりやすく正確にご記入ください。
携帯メールの受信設定をしている方は「@fujifilm.com」からのメールを受信できるように設定をしてください。
今後、健保からのお知らせや健康に関する情報提供のツールとして活用する場合があります。記入いただいたメールアドレスは法令等に
基づく場合を除き第三者に提供することはありません。なお、個人情報取り扱いの一部を適切な管理の元委託することがあります。

② 健保からの給付金等振込口座

- ※被保険者名義の口座に限ります。
- ※保険料引落口座(預金口座振替依頼書に記入した口座)
ただし、ゆうちょ銀行の場合は【振込用】の口座情報を
振込用店番号・口座番号の登録が必要になります。(銀行コード=9900・支店コード=店番号 を記入)

通帳等から正しく転記してください。
※被保険者名義の口座に限ります。

金融機関	銀行コード	* * * *	支店コード	1	2	3	預金 種目	口座番号(右詰め)						
	小田原		銀行 組合	***駅前	支店 出張所		普通	1	2	3	4	5	6	7
	他()		信用金庫	他()	営業部		当座	口座名義人(カタカナで記入) ケンポ タロウ						

裏面もあります(被扶養者欄の記入漏れにご注意ください)

③ 被扶養者について（在職中（任継含む）に被扶養者であったご家族は全員記入してください。他健保や国保等別の健康保険から加入の場合は扶養申請者のみ記入してください。）

※対象者が3名以上の場合はこのページをもう一枚印刷してください。（被扶養者がいない場合は記入不要です。）

※被扶養者が「別居」で被保険者と住民票が分かれている場合、戸籍謄本の写しなど「続柄」を確認できる書類が必要です。

区分が「継続」「新規」の場合は全項目記入してください。

※特退加入時に「新規」で被扶養者を申請する場合は別途「被扶養者増加申請書類」が必要です。

引き続き被扶養者として申請する場合

健保の被扶養者として申請
扶養者を申請する場合
例退職用」と証拠書類を添付して

引き継がない

★区分	フリガナ	性別	生年月日	年齢	続柄
<input checked="" type="checkbox"/> 継続	氏名	男	昭和・平成・令和		妻
<input type="checkbox"/> 新規	(ケンポ ハナコ)				
<input type="checkbox"/> 削除	健保 花子	女	35年 11月 7日	**歳	
住所	特退加入日以降「向こう一年間」の収入見込額				
<input checked="" type="checkbox"/> 同居	収入	<input checked="" type="checkbox"/> 給与 <input checked="" type="checkbox"/> 各種年金 <input type="checkbox"/> 事業 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 利子投資			左記の年収合計見込額
<input type="checkbox"/> 別居	種別	<input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 収入なし			985,000 円

「削除」の場合は、氏名とフリガナのみ記入してください。

区分	フリガナ	性別	生年月日	年齢	続柄
<input type="checkbox"/> 継続	氏名	男	昭和・平成・令和		
<input type="checkbox"/> 新規	(ケンポ ヤスコ)				
<input checked="" type="checkbox"/> 削除	健保 康子	女	年 月 日	歳	
住所					
<input type="checkbox"/> 同居	収入	<input type="checkbox"/> 給与			健保からの緊急連絡時、被保険者と連絡が取れない場合にご連絡させていただきます。 連絡先は、被保険者と異なる住所の親族等を記入してください。
<input type="checkbox"/> 別居	種別	<input type="checkbox"/> その他			

緊急連絡先※ご本人の住所とは異なる親族等の方を記入して下さい。

氏名	フリガナ(ケンポ フジオ)	住所	〒 ***-5678 神奈川県**群**町**1-2	電話番号	0465-**-****	続柄	長男
	健保 富士男						

事業所担当者記入欄（在職中の方のみ）

特退資格取得日（退職日の翌日）	担当者デート印	事業所名	
令和 年 月 日			