

# 記入例

常務理事	事務長	課長	係

※この欄は記入しないこと	被保険者証の記号 300 番号		保険料額		円
	資格取得日	年 月 日	内訳	健康保険料	円
	資格喪失予定日	年 月 日		介護保険料	円
	決定標準報酬月額	千円	上限報酬月額	千円	
	退職時標準報酬月額	千円			
	KDDI健康保険組合加入期間 年 月 日から 年 月 日まで：期間 年 カ月間				

## 健康保険特例退職被保険者資格取得申請書

資格喪失の際の 被保険者証の記号番号	記号 123	番号 45678	フリガナ 氏名	ケンボ アキラ 健保 晃	性別 男
資格喪失日（退職日の翌日）	平成〇〇年〇〇月〇〇日		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
KDDI退職時の事業所名	〇〇〇〇株式会社				
フリガナ 被扶養者の氏名	性別	生年月日	続柄	同居・別居(送金額)	収入額
ケンボ ナミ 健保 直美	女	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	妻	同居	年間600,000円
ケンボ サトシ 健保 智	男	平成〇〇年〇〇月〇〇日	長男	別居(月8万円)	年間720,000円
ケンボ ユキ 健保 優希	女	平成〇〇年〇〇月〇〇日	長女	同居	0円
健康保険料自動払込等 ゆうちょ銀行口座記入欄	記号： 12340	番号： 87654321	名義氏名（カタカナ）： ケンボ アキラ		
保険料納付方法（選択制） 「引落方法」	①単月払い(毎月) ②1年払い(3/10) ③半年払い(3/10と9/10) 12ヶ月分 6ヶ月分				
<p>上記のとおり申請いたします。 平成〇〇年〇〇月〇〇日 〒〇〇〇-〇〇〇〇 住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇マンション〇号室 氏名 健保 晃 印 自宅の電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 携帯番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 電子メールアドレス xxxxx@ab.auone-net.jp</p>					

### 記入上の注意

- この申請書は資格喪失日（退職した日の翌日）から20日以内に申請してください。
- 申請者が記入する太枠内は洩れなく記入してください。

受付日付印

### 添付書類

- 住民票原本(会社に個人番号を届出していない場合には個人番号記載のもの)
  - 被扶養者のいらっしゃらない方は本人のみの住民票
  - 被扶養者が同居の場合は世帯全員の住民票(続柄記載のもの)
  - 被扶養者が別居の場合は別居先の住民票(続柄記載のもの)
- 国民年金・厚生年金保険年金証書(写)
 

ただし、退職後20日以内に特例退職制度加入申請をされる方で、年金裁定請求中の場合は所轄の年金事務所の受付日付印を押してもらった年金請求書(写)

※「年金請求書」を提出した方は、約2ヶ月後に年金事務所から「年金証書」が送付されますので、受領後直ちに写しを当健康保険組合へ提出してください。
- 被扶養者の所得証明書(原本)および年金受給者は年金額のわかる振込通知書等(写)
- 被扶養者が別居の場合は被保険者からの送金証明直近3ヶ月分(通帳の写し等)
- 被扶養者が学生(高校生以上)の場合は学生証(写)※夜間学生の場合は、所得証明書(原本)
- 健康保険資格喪失証明書(KDDI健康保険組合加入者及び国民健康保険加入者を除く/資格喪失日確認のため)