

ルネサス健保使用欄

	常務理事	事務長	主任	担当
決裁				

ルネサス健康保険組合御中

太枠内を記入してください。

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

提出日 令和 3 年 4 月 1 日

申請書は退職後20日以内に健保組合に届くよう提出してください。

基本情報													枝番(-00)記入は不要です。												
被保険者証の記号・番号													フリガナ ケンコウ タロウ												
記号	1	2	3	番号 (右詰め)	4	5	6	7	8	9	0	被保険者氏名						健康 太郎							
性別	生年月日				年齢				退職日付				退職時勤務していた会社名												
<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 平成	年	月	日	才	令 和	年	月	日	ルネサスエレクトロニクス㈱															
〒 321-0001	東京都 区 一丁目2番3号											TEL : 012-345-6789													
現住所																									

申請内容																			
保険料 納付方法	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自動引落 2. 振込												健保 記入欄	引落開始	令和	年	月	分	保険料
保険料 納付単位	1. 月払い <input checked="" type="checkbox"/> 2. 半年前納 3. 1年前納													前納開始	令和	年	月	分	保険料

給付金振込先

下記、金融機関(ゆうちょ、銀行含む)を選択して、被保険者名義の口座内容を記入して下さい。

金融 機関	ルネサス				<input checked="" type="checkbox"/> 銀行、農・漁協 信用金庫 信用組合・労働金庫				銀行コード				本店				支店コード						
	種別 <input checked="" type="checkbox"/> 総合・普通				当座				口座番号				ルネサス <input checked="" type="checkbox"/> 支店 出張所				3 3 3 3						
												1234567											

一般被保険者のときと扶養家族が同じ場合はその氏名を記入してください。尚、新規に扶養家族となる方がいる場合は、別途「被扶養者申請書」を提出してください。

健保記入欄:扶養認定

被扶養者氏名(フリガナ)	性別	続柄	生年月日				備考	年	月	日	理由
ケンコウ ハナコ	男	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 平成	年	月	日		令			
健康 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 女		4	7	0	8		0	2		
	男		昭和 平成	年	月	日		令			
	女		令和					和			
	男		昭和 平成	年	月	日		令			
	女		令和					和			
	男		昭和 平成	年	月	日		令			
	女		令和					和			

健保 確認 欄	任継加入前 被保険者期間	自	年	月	日	至	年	月	日
	任継取得年月日	令和 年 月 日							
	喪失時標報	千円							
	任継の標報	千円							

受付日付印

インプット	証発行

<書類の送付先>

〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1
ルネサス健康保険組合 業務係

T-211 被保険者用(記入・確認例)

【加入資格】退職日まで継続して2ヶ月以上当健保の被保険者であった方
【被保険者期間】資格取得日(退職日の翌日)から2年間

太枠内を正確に記入願います。

提出年月日を必ず記入願います。

退職時の被保険者の記号・番号を正確に記入願います。(被保険者証を確認のうえ、正確に記入願います。)
枝番(-00)記入は不要です。

被保険者氏名を自署してください。

該当する性別にチェック☑願います。

生年月日を正確に記入願います。

退職日の翌日の年齢を正確に記入願います。

退職年月日を正確に記入願います。

退職時に勤務していた会社名を正確に記入願います。

現住所を正確に記入願います。(TEL番号も記入願います)

(注) ・郵便番号で住所検索を行うため、相違のないよう記入願います。

・退職後直ちに転居する予定の方は、変更後の住所を記入願います。

希望する保険料の納付方法を選択のうえ、チェック☑願います。

(注) ・自動引落を選択された方は、別途「自動振替サービス確認書」の提出が必要となります。

詳細は事業所健保担当窓口にお問い合わせ願います。

・口座引落は原則として「自動振替サービス確認書」提出後の翌々月7日分から開始となります。

口座引落開始までの保険料の納付は、当健保から送付する「納付書」でお願いします。

保険料の納付単位(納付種別)を選択のうえ、チェック☑願います。

(注) ・半年前納・1年前納を選択すると保険料が割引されます。詳細は事業所健保担当窓口

お問い合わせ願います。

給付金振込先について、金融機関(ゆうちょ銀行含む)を選択して、被保険者名義の口座について、

記入漏れのないよう正確に記入願います。

(注) ・保険料の納付方法を自動引落を選択した場合は、当給付金振込先口座は、必ず保険料引落口座と

同じ口座を記入願います。

一般被保険者のときと扶養家族が同じ場合は、対象者の氏名・性別・続柄・生年月日を正確に記入願います。

(注) ・新規に扶養家族となる方がいる場合は、別途「被扶養者申請書」を提出願います。

新規で被扶養者の申請をするときは、事象により「被扶養者申請に伴う状況届」(T-013)や証明書類等が必要
必要です。[添付書類は、扶養確認添付一覧をご参照願います。]

添付書類

- (1) 「被扶養者申請書」(T-011)[新規に扶養家族となる方がいる場合]
18才以上(高校生の方を除く)の被扶養者を申請するときは、「被扶養者申請に伴う状況届」(T-013)及び
証明書類等が必要です。[添付書類は、扶養確認添付書類一覧をご参照願います。]
事象により、添付書類一覧以外の証明書を提示いただくことがあります。
- (2) 「自動振替サービス確認書」(保険料の納付を登録口座からの自動引落で希望する場合)