

	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 特例退職被保険者資格取得申請書

提出日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

基本情報										※枝番(-00)記入は不要です。										
被保険者証の記号・番号										被保険者氏名					フリガナ					
記号										番号 (右詰め)										
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 type="checkbox"/> 男	昭和		年		月		日	才	平		年		月		日					
<input type="checkbox"/> 女	昭和		年		月		日	才	平		年		月		日					
現住所	〒										TEL :									

申請内容																								
会社名					加入期間																			
日立・三菱電機・ 日本電気・ルネサス 健保の被保険者で あった期間 及び会社名					<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令					年 月 日					<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令					年 月 日				
					<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令					年 月 日					<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令					年 月 日				
					<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令					年 月 日					<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令					年 月 日				
					<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令					年 月 日					<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令					年 月 日				

保険料納付単位	<input type="checkbox"/> 1. 月払い <input type="checkbox"/> 2. 半年前納 <input type="checkbox"/> 3. 1年前納			健保記入欄	引落開始	令和	年	月	分	保険料
					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	<input type="checkbox"/> 銀行、農・漁協			銀行コード			<input type="checkbox"/> 本店			支店コード		
	<input type="checkbox"/> 信用金庫						<input type="checkbox"/> 支店					
	<input type="checkbox"/> 信用組合・労働金庫						<input type="checkbox"/> 出張所					
種別	<input type="checkbox"/> 総合・普通			<input type="checkbox"/> 当座			口座番号					

特退になられる前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や他の健保をやめられてルネサス健保の特退に再加入される方は、別途「被扶養者申請書」を提出してください。

被扶養者氏名(フリガナ)										備考									
性別	続柄			生年月日			年 月 日			令和			年 月 日			理由			
<input type="checkbox"/> 男				<input type="checkbox"/> 昭和			年 月 日			令和									
<input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 平成			年 月 日			令和									
<input type="checkbox"/> 男				<input type="checkbox"/> 令和			年 月 日			令和									
<input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 昭和			年 月 日			令和									
<input type="checkbox"/> 男				<input type="checkbox"/> 平成			年 月 日			令和									
<input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 令和			年 月 日			令和									

<注意事項> 記入例に記載してある記入要領・記入上の注意事項をご確認の上、ご記入下さい。 受付日付印

健保確認欄	通算加入年数	年	ヶ月	(年 ヶ月) ()は40才以降の年数
	年金給付名称	1. 老齢年金 2. 通算老齢年金 3. その他()		
	年金受給権取得	平成・令和	年	月
	特退取得年月日	平成・令和	年	月 日

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