

決裁	常務理事	事務長	主任	担当

ルネサス健康保険組合御中

① ※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

② 提出日 令和 3 年 4 月 1 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										フリガナ				ケンコウ タロウ						
③ 記号	1	2	3	番号 (右詰め)	4	5	6	7	8	9	0	④ 健康 太郎								
性別	⑥ 生年月日				⑦ 年齢				⑧ 退職日付				⑨ 退職時勤務していた会社名							
⑤ <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和	2	9	0	4	0	1	67	才	平	2	8	0	3	3	1	ルネサスエレクトロニクス(株)			
⑩ 現住所	〒 321-0001										TEL : 012-345-6789				東京都〇〇区〇〇一丁目2番3号					

⑪ 申請内容

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	会社名		加入期間																				
	(株)日立製作所		<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 51年 4月 1日 ~ <input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 2年 3月 31日																				
	三菱電機(株)		<input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 2年 4月 1日 ~ <input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 12年 3月 31日																				
	日本電気(株)		<input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 12年 4月 1日 ~ <input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 22年 3月 31日																				
ルネサスエレクトロニクス(株)		<input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 22年 4月 1日 ~ <input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 28年 3月 31日																					
⑫ 保険料 納付単位	<input type="checkbox"/> 1. 月払い <input type="checkbox"/> 2. 半年前納 <input checked="" 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

⑬ 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 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合・労働金庫		銀行コード		2 2 2 2		ルネサス		<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所		支店コード		3 3 3 3	
	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 総合・普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号		1234567										

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。

⑭ 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	<input type="checkbox"/> 男	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	3	1	0	5	0	1		令和				
健康 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和									令和			
	<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和								令和				
	<input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和								令和				
	<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和								令和				
	<input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和								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	()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

T-221 被保険者用(記入・確認例)

【加入資格】

- ・日本に住民票を有する方
- ・老齢厚生年金を受給している方(報酬比例部分のみでも可)
※繰り上げ受給者でも加入可
- ・退職前に当健保の被保険者期間が20年以上又は40歳以降継続して10年以上被保険者期間がある方
※日立健康保険組合、三菱電機健康保険組合、日本電気健康保険組合の被保険者期間も通算されます
- ・後期高齢者医療制度に加入していない方

【被保険者期間】

後期高齢者医療制度(満75歳以上の方又は65歳以上で障がい認定を受けた方)の対象になる前日まで

- ① 太枠内を正確に記入願います。
- ② 提出年月日を必ず記入願います。
- ③ 退職時の被保険者の記号・番号を正確に記入願います。(退職時の記号・番号が不明の場合には記入不要)
※枝番(-00)記入は不要です。
- ④ 被保険者氏名を記入願います。**(黄枠の注意事項に従ってください)**
- ⑤ 該当する性別にチェック願います。
- ⑥ 生年月日を正確に記入願います。
- ⑦ 退職日の翌日の年齢を正確に記入願います。
- ⑧ 退職年月日を正確に記入願います。
- ⑨ 退職時に勤務していた会社名を正確に記入願います。
- ⑩ 現住所を正確に記入願います。(TEL番号も記入願います)

(注) ・郵便番号で住所の検索をし確認するため、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。

- ⑪ 在籍していた会社毎の加入期間を正確に記入願います。

(注) ・当制度に加入するための審査項目となります。

- ⑫ 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) ・保険料は「口座振替(自動引落)」で納付いただきます。「自動振替サービス確認書」を提出願います。

・原則として資格取得月の翌々月から口座引落が開始となります。(毎月7日付)

※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。

・半年前納・1年前納を選択すると保険料が割引されます。詳細は当健康保険組合にお問い合わせ願います。

- ⑬ 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内容を記入漏れのないよう正確に記入願います。

(注) ・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。

- ⑭ 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。
(黄枠の注意事項に従ってください)

(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。
・18才以上(高校生の方を除く)の被扶養者を申請をするときは、「被扶養者申請に伴う状況届」(T-013)や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。]

【老齢厚生年金の受給開始年齢】

受給開始年齢 生年月日	男性					女性					
	60歳	61歳	62歳	63歳	64歳	65歳	60歳	61歳	62歳	63歳	64歳
昭和31年4月2日～ 昭和32年4月1日			○	○	○	○	○	○	○	○	○
昭和32年4月2日～ 昭和33年4月1日				○	○	○	○	○	○	○	○
昭和33年4月2日～ 昭和34年4月1日				○	○	○		○	○	○	○
昭和34年4月2日～ 昭和35年4月1日					○	○		○	○	○	○
昭和35年4月2日～ 昭和36年4月1日						○			○	○	○
昭和36年4月2日～ 女性は～昭和37年4月1日									○	○	○

※老齢厚生年金の受給開始年齢を60歳に繰上げされた場合、60歳からでも特退制度に加入することができますが、年金受給額が減額され、障害年金の受給資格が消滅します。

～ 被保険者氏名、被扶養者氏名ご記入時の注意事項 ～

- ※1 a.マイナンバーカードへ登録している文字 および 文字数と同一内容を記入してください。
- b.外国籍の方は、在留カードに登録している文字 および 文字数と同一内容を記入してください。
- c.上記以外の方は、住民票に登録している文字 および 文字数と同一内容を記入してください。

⑤システムで対応できない漢字は、健保にて変更する場合があります。(※2参照)

※2 システムで対応可能な文字規格

《添付書類》

- (1) 国民年金・厚生年金保険証書(年金裁定通知)の写し
- (2) 住民票記載事項証明願または住民票(世帯全員)
- (3) 「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)の被扶養者を申請をするときは、「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。
- (4) 「自動振替サービス確認書」