

オムロン健康保険組合理事長御中

下記のとおり特例退職者制度加入の申請をいたします。

(秘密)

令和 年 月 日

常務理事	事務長	担当
------	-----	----

健康保険特例退職被保険者資格取得申請書

被保険者証 記号・番号	(現在オムロンで就業中の方のみ記入)		資格喪失日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日
フリガナ		男	生年月日	昭和 年 月 日
被保険者氏名		女		
加入日以降の 住民票 住所	(〒 -) 都 道 府 県			
郵便物送付先 住 所	(〒 -) 都 道 府 県 ※住民票住所と同じなら『同上』と記入			
自宅電話番号	() -	携帯番号	- -	
メールアドレス				
振込口座兼 保険料自動 振替口座	銀 行		本店・支店	
	信用金庫		出張所	
	普通 口座番号 口座の名義(カタカナ)			
保険料支払方法 (いずれかを選択)	1. 毎月払 2. 半年払 (半年分前納) 3. 年払 (1年分前納)			
【現在 オムロンで就業中の方のみ】被扶養者の認定を申請する場合に記入ください				
被扶養者の 状況は、退職前と 変更ありますか？	1. なし	1.と答えた方は、「健康保険被扶養者(異動)届」を提出 (添付書類及び「現況届」は不要)		
	2. あり	2.と答えた方は、「健康保険被扶養者(異動)届」・「現況届(18才以上)」を提出 (添付書類は異動届の裏面または、当健保 HP を参照ください)		

※健保記入欄のため記載不要

当健康保険組合の被保険者であった期間								
現役被保険者期間	昭和・平成・令和	年	月	日	～	年	月	日まで
	昭和・平成・令和	年	月	日	～	年	月	日まで
	昭和・平成・令和	年	月	日	～	年	月	日まで
	昭和・平成・令和	年	月	日	～	年	月	日まで
合計被保険者期間	年		ヶ月					
特退 資格取得日	令和	年	月	日	特退 記号・番号	19 -		