

## 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被保険者制度加入の申請をいたします。

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**

フリガナ		男 女	生年月日	昭和 年 月 日
被保険者氏名	(印) *自署の場合は押印不要			
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	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 労働金庫	<input type="checkbox"/> 本店	
	<input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 信用組合	<input type="checkbox"/> 支店	
	<input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 漁協	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 毎月払	<input type="checkbox"/> 半年払 (半年分前納)	<input type="checkbox"/> 年払 (1年分前納)	

## 【現在 オムロンで就業中の方のみ記入(任意継続保険含む)】

被保険者証 記号・番号	-	資格喪失日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日
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？	<input type="checkbox"/> 変わらない	→	本申請書と共に「健康保険被扶養者(異動)届」を提出 (「現況届」および添付書類は不要)
	<input type="checkbox"/> 変わる	→	変更の内容を「健康保険被扶養者(異動)届」・「現況届(18才以上)」に記載し 本申請書と共に提出。(添付書類は「被扶養者(異動)届」の裏面参照)

## ※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 -