

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。

常務理事	事務長	担当
------	-----	----

令和 2年 12月 8日

書類の提出日

健康保険 特例退職被保険者 資格取得申請書

フリガナ	トクタイ タロウ		男	生年月日	昭和 30年 11月 20日
被保険者氏名	特退 太郎 <small>*自署の場合は押印不要</small>		女		
加入日以降の 住民票 住所	(〒600 - ××××) 京都 都道 京都市下京区※※※※ 府県				
郵便物送付先 住所	(〒 -) 都道 同上 府県 ※住民票住所と同じなら『同上』と記入				
自宅電話番号	(075) 344 - ××××	携帯番号	080 - ×××× - ××××		
メールアドレス	任意です				
振込口座兼 保険料自動 振替口座	御室	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 労働金庫	<input type="checkbox"/> 本店	
		<input checked="" type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 信用組合	京都	<input checked="" type="checkbox"/> 支店
		<input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 漁協		<input type="checkbox"/> 出張所
	普通	口座の名義(カタカナ)			
	口座番号 123×××	トクタイ タロウ			
	<input type="checkbox"/> 毎月払	<input checked="" type="checkbox"/> 半年払 (半年分前納)	<input type="checkbox"/> 年払 (1年分前納)		

アドレスをお持ちであれば記入ください

任意です

保険証の記号番号は、オムロン健保の保険証をお持ちの方のみ記入

【現在 オムロン健保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	10 - ××××××	資格喪失日 (退職日の翌日)	令和 2年 12月 21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 checked="" 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

記入不要です