提出先： 〒103-8510 東京都中央区日本橋箱崎町19-21
日本アイ･ビー･エム健康保険組合（HZD-YY1）

常務理事	事務長	GL	担当者

健康保険特例退職被保険者資格取得申請書

太線内を記入して下さい

申請年月日	平成 ××年 ××月 ××日

申請者氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）	健保 太郎 ／ ケンポ タロウ	印	㊞	性別	(男)・女	生年月日	昭和 ×× 年 ×× 月 ×× 日
住所／連絡先	住所 〒 XXX－XXXX 東京都中央区〇〇〇××－××－××			自宅電話	03－××××－××××	携帯電話	090－××××－××××
				e－Mail	××××××@××．××．××		

申請時に加入の健保							
☑ IBM健保組合	記号・番号	××××－××××××	会社名	日本アイ･ビー･エム××××（株）	資格喪失日（退職日の翌日）	平成××年××月××日
☐ 他健保組合	資格喪失日（退職日の翌日）	平成 年 月 日				
☐ 国民健康保険	特例退職への加入希望日	平成 年 月 日				

日本IBM在籍時の社員番号（該当者のみ）					
×	×	×	×	×	×

被扶養者（該当者全員を記入して下さい。 他健保/国保からの加入の場合は、別途認定申請書類が必要ですのでこの欄の記入は不要です。）

被扶養者氏名 ／ フリガナ	性別	生年月日	続柄	同居の別	被扶養者氏名 ／ フリガナ	性別	生年月日	続柄	同居の別
健保 花子 ／ ケンポ ハナコ	男・(女)	明(昭)大平 ××・××・××	妻	(同)・別		男・女	明 昭 大 平 ・ ・		同・別
	男・女	明 昭 大 平 ・ ・		同・別		男・女	明 昭 大 平 ・ ・		同・別
	男・女	明 昭 大 平 ・ ・		同・別		男・女	明 昭 大 平 ・ ・		同・別

IBM健保からの給付金･補助金等の振込先

〇〇	銀行	△△	支店（店番： ×××
(普通)・当座	口座番号	××××××	
口座名義（カタカナ）	ケンポ タロウ		

保険料の納付方法（☑ 選択してください）

☐ 毎月払い（自動引落口座振替依頼書フォームを加入後に送付します）
☑ 前納払い（自動引落はできません）
☑ 1年前納（年1回 3月に） ☐ 6ヶ月前納（年2回 3月、9月に

受付印

決済印

添付必要書類 （IBM健保から引き続いて加入される場合は、下記の1と2のみを提出して下さい） ←「添付必要書類」を必ずお読み下さい

1. 住民票（コピー不可）：被保険者および被扶養者（住民票の続柄は表示必須）
2. 「国民年金･厚生年金保険年金証書」のコピー1部（年金証書は年金裁定請求後2ヶ月ほどで入手できます。手続き前の場合は後日入手次第コピーを送付願います）
3. 健康保険資格喪失証明書（コピー不可）（IBM健保以外から加入される方のみ提出）（国民健康保険の方は不要）
4. 国民健康保険証のコピー（国民健康保険に加入していた方のみ提出）
5. 他健保／国保から加入の方で、被扶養者申請する場合は「被扶養者認定に必要な提出書類一覧表」記載の書類(ホームページ「家族の加入について」参照)

当健保加入状況	記号番号	取得日 ～ 喪失日
	－	年 月 日 ～ 年 月 日
	－	年 月 日 ～ 年 月 日
	－	年 月 日 ～ 年 月 日
	IBM健保加入期間	☐ 20年 ☐ 10年（40歳以上）
新健康保険証記号･番号	459－	資格取得日 平成 年 月 日

☐ 年金証書入力 添付：有・無	☐ 市区町村コード入力	
☐ 口座振替依頼書	（ ）	
＿＿／＿＿迄到着 ＿＿＿月分から引落（ ／ ）	☐ 調定入力	
☐ 納付書	☐ DBなし	
月払い ＿＿月 ＿＿月 ＿＿月	☐ 納付方法入力	
前 納 ＿＿月 ＿＿月 前納＿＿月から	☐ 被扶養者入力	

(H26.10)