

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

理事長	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

太線内を記入してください

申請者氏名(フリガナ)		住所		性別	男・女	申請年月日	平成	年	月	日
住所/連絡先		住所〒		印		生年月日	昭和	年	月	日
				自宅電話		携帯電話		e-mail		
加入の 申請時 に 健 保	<input type="checkbox"/> IBM健保組合	記号・番号	会社名		資格喪失日 (退職日の翌日)		平成	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 他健保組合	資格喪失日 (退職日の翌日)		平成	年	月	日	個人番号(マイナンバー)		
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	特例退職者制度への 加入希望日		平成	年	月	日	日本IBM在職時の社員番号(該当者のみ)		

被扶養者(該当者全員を記入してください。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/個人番号	性別	生年月日	続柄	同居の別	被扶養者氏名/フリガナ/個人番号	性別	生年月日	続柄	同居の別
/	男・女	明・大 昭・平		同・別	/	男・女	明・大 昭・平		同・別
<個人番号(マイナンバー)>					<個人番号(マイナンバー)>				
/	男・女	明・大 昭・平		同・別	/	男・女	明・大 昭・平		同・別
<個人番号(マイナンバー)>					<個人番号(マイナンバー)>				

IBM健保からの給付金・補助金等の振込先

銀行	支店(店番: )
普通・当座	口座番号
口座名義(カタカナ)	

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

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のみを提出してください。)

- 住民票(コピー不可):被保険者及び被扶養者(住民票の続柄は表示必須)
- 「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か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)
- 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)
- 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)
- 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)

決裁印

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
	-	年 月 日	～	年 月 日
IBM健保加入期間		<input type="checkbox"/> 20年 <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 年金証書入力 添付 有・無	<input type="checkbox"/> 市区町村コード入力 ( )
<input type="checkbox"/> 口座振替依頼書 / まで到着 月分から引落 ( / )	<input type="checkbox"/> 調定入力
<input type="checkbox"/> 納付書 月払い _____月 _____月 _____月 前納 _____月 _____月 前納 _____月から	<input type="checkbox"/> DBなし <input type="checkbox"/> 納付方法入力 <input type="checkbox"/> 被扶養者入力