

提出先: 〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町36-2 Daiwaリバーゲート南ウイング10階
日本アイ・ビー・エム健康保険組合

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

申請年月日 ×年×月×日

申請者氏名(フリガナ)	健保 太郎 (ケンボ タロウ)			性別	男・女	生年月日	昭和 ×× 年 ×× 月 ×× 日			
住民票住所/連絡先	〒 ×××-×××× ××県××市××町××-××-××		自宅電話	××-××××-××××		携帯電話	×××-××××-××××	e-mail	×××@××××.××.××	
現在加入の健保	<input checked="" type="checkbox"/> IBM健保組合	記号・番号	×××-××××××		会社名	×××株式会社		資格喪失日(退職日の翌日)	令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日	
	<input type="checkbox"/> 他健保組合	資格喪失日(退職日の翌日)	令和	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	令和	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/個人番号	性別	生年月日	続柄	同居の別
(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子 <個人番号(マイナンバー)> ××××××××××××	男・女	昭・平・令 ××年 ××月 ××日	妻	同・別
(フリガナ) <個人番号(マイナンバー)>	男・女	昭・平・令 年 月 日		同・別
(フリガナ) <個人番号(マイナンバー)>	男・女	昭・平・令 年 月 日		同・別

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)		ケンボ タロウ

保険料の納付方法 (口選択してください)

<input checked="" type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 1年前納払い(自動引き落としはできません) (年1回、4月～翌年3月分を3月に振込)
<input type="checkbox"/> 6ヶ月前納払い(自動引き落としはできません) (年2回、4月～9月分を3月に振込/10月～翌年3月分を9月に振込)

[健保組合使用欄]

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	令和 年 月 日	

<input type="checkbox"/> 市区町村コード入力 ()
<input type="checkbox"/> 年金証書入力 添付 有・無
<input type="checkbox"/> 口座振替依頼書 / まで到着 月分から引落 (/)
<input type="checkbox"/> 納付書 月払い ____月 ____月 ____月 前納 ____月 ____月 前納 ____月から

決裁印

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。)

1. 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)
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)
3. 健康保険資格喪失証明書のコピー(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)

「国民年金・厚生年金保険年金証書」のサンプル
(注)年金手帳コピーは不可となります



厚生年金保険 年金決定通知書

受給開始年月	基礎年金額(円)	加給年金額(円)	加給基礎年金額(円)	繰上/下りによる加給額(円)	支給停止額(円)	年金額(円)

受給者の性別: 男() 女() 注: 国民年金受給者() 厚生年金受給者()

受給開始の理由: 1-4歳 2-4歳 5歳以上 6歳以上 7歳以上 8歳以上 9歳以上 10歳以上

停止事由: 1. 死亡 2. 失踪 3. 障害 4. 退職 5. 死亡 6. 失踪 7. 障害 8. 退職 9. 死亡 10. 失踪 11. 障害 12. 退職

国民年金 年金決定通知書

受給開始年月	基礎年金額(円)	加給年金額(円)	繰上/下りによる加給額(円)	加給基礎年金額(円)	加給繰上/下りによる加給額(円)	支給停止額(円)	年金額(円)

国民年金の種別: 1. 国民年金 2. 国民年金(国民年金基金) 3. 国民年金(国民年金基金) 4. 国民年金(国民年金基金)