

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)											性別	男・女	生年月日	昭和	年	月	日		
住所/連絡先											自宅電話			携帯電話			e-mail		
現在加入の健保	<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)	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)		日本IBM在職時の社員番号(該当者のみ)							
	<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										

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)	男・女	昭・平・令		同・別
<個人番号(マイナンバー)>		年 月 日		
(フリガナ)	男・女	昭・平・令		同・別
<個人番号(マイナンバー)>		年 月 日		
(フリガナ)	男・女	昭・平・令		同・別
<個人番号(マイナンバー)>		年 月 日		

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(口選択してください)

<input 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

