

シャープ健康保険組合 御中

記入例

特例退職被保険者 資格取得申請書

ご記入は、必ずボールペン又はペンでお願いします。

※ご記入頂いた個人情報は、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

被保険者証の番号 × × × × × ×		氏名 健保 太郎	(フリガナ) ケンポ タロウ	性別 男	生年月日 昭和 ××年××月××日
個人番号(12桁) × × × × × - × × × × × - × × × × ×			男・女	昭和 平成	××年××月××日
住所 〒 123 - ○○○○ TEL: 000 - 0000 - 0000 ○○県○○市○○町 1-2-3	入社日 昭和 ××年××月××日			平成	
	退職日 令和 ××年××月××日			平成	
緊急連絡先 携帯 TEL 000 - 0000 - 0000	メールアドレス ****.****@****.****				
特例退職への加入理由	1. シャープ退職 2. 他社退職 3. 年金受給開始 4. [シャープ健保] 又は [他社健康保険]の任意継続保険脱退				
現シャープ社員の方	勤務所				

◆給付金受取口座 ※本

保険料の自動振替口座

※ゆうちょ銀行の場合
※ゆうちょ銀行以外の

緊急連絡先は、
少なくとも一方は
ご記入願います。

シャープを退職してすぐに
特例退職に加入する場合は、
個人番号書類の添付は不要です。
(個人番号を変更された方は除く)

を提出してくだ
書類・自動払込利用

を提出してください

提出時の添付書類(全員)	<ul style="list-style-type: none"> ● 自動払込利用申込書「(様式 14)ゆうちょ銀行」または「(様式 11)ゆうちょ銀行以外」 ● 「個人番号カード両面」または「個人番号通知カード」のコピー ※住民票に記載があれば添付不要 ● 「国民年金厚生年金保険年金証書」または「年金請求書(日本年金機構から送付)」のコピー ● 世帯全員の住民票 ※家族を申請しない場合は本人のみ記載の住民票で可
該当する加入理由別の添付書類	<ol style="list-style-type: none"> 1. シャープ退職の方 ……退職日の分かるもの(労働契約書のコピー) 2. 他社退職の方 ……健康保険の資格喪失証明書(または退職証明書) 3. 年金受給開始の方 ……現在加入の健康保険証のコピー 4. 任意継続保険脱退の方 ……資格喪失証明書 <p>※シャープ健康保険組合の任意継続から特例退職へ移行する方は、4.の書類は不要です。</p>

扶養申請する方は「(様式 12) 特例退職被保険者 資格取得時扶養認定申請書」も提出ください。

加入理由別の
添付書類も忘れずに
ご提出ください。

月 日

健保受付印

常務理事	事務長	課長	担当

入力	
保険証作成	
保険証発送	

記入例

特例退職被保険者 加入誓約書

1. 加入可能期間	75歳の誕生日前日まで(但し、2. 資格喪失理由に該当した場合を除く)
2. 資格喪失理由	①就職して勤務先の健康保険に加入したとき ②後期高齢者医療制度の被保険者に該当となったとき (65歳～74歳で、寝たきりなど一定の障害があると認定されたときを含む) ③海外に居住したとき ④死亡したとき ⑤保険料を納付日までに納付しなかったとき(自動振替できなかったとき) ⑥上記の理由によらず、被保険者本人が資格喪失を申し出たとき
3. 保険料納付方法	毎月27日(休日の場合は翌営業日)に自動振替を行うこと 初回の自動振替については、資格取得月まで遡って複数月の振替となること
4. 脱退について	資格喪失理由①～④に該当した場合は、直ちに健保組合へ連絡をし、必ず健康保険証の返却等、脱退手続きを行うこと ※家族の被扶養者となる場合は、健保組合へご相談ください。 〔 シャープ健康保険組合 TEL:050-5530-3927 〕
5. 保険証について	脱退することになった場合は、速やかに返却すること ※再就職など他の健康保険の被保険者となった場合、再就職日当日が脱退日となり、当日からご使用できません。また被扶養者も同様です。 <u>万一、脱退日以降にシャープ保険証を使用した場合、健保負担分の医療費は返金すること</u> 不正に被保険者証を使用した場合、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあること

本紙に記載された個人情報、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

シャープ健康保険組合

私は、上の事項を理解・承諾した上で、特例退職被保険者制度の加入手続きを行うことを誓約します。

××年 ××月 ××日

健保 太郎

被保険者氏名 _____ (自署)

この用紙はゆうちょ銀行用です。(引落手数料 33 円)

ゆうちょ銀行以外 (引落手数料 110 円) を指定する方は、(様式 11) を提出してください。

(様式番号 14)

記入例

自動払込利用申込書 (収・加)

通帳の記号・番号は
誤りのないように
ご記入ください。

ゆうちょ銀行

種目コード			種別コード		通帳記号 (右からつめてご記入ください) ※欄にご記入ください					通帳番号 (右からつめてご記入ください)								
1	6	6	2	8	1	×	×	×	0	※	×	×	×	×	×	×	×	×

フリガナ	ケンポ タロウ	お届け印
口座名義人	健保太郎	

(氏名コード: ××××××) 被保険者 (本人) の名義口座に限ります

氏名コードも
忘れずにご記入願います。

口座は、被保険者ご本人名義の
口座に限ります。
フリガナもご記入ください。

払込先 口座番号	00970-0-53915	払込先 加入者名	シャープ健康
-------------	---------------	-------------	--------

必ず、「ゆうちょ銀行」口座の
届出印を押印してください。
誤っている場合は自動振替でき
ません。

届出印がご不明な場合は
郵便局で事前に確認いただくか、
届出印の変更を行ってください。

自動払込利用申込書に不備がありましたら、該当箇所
○をつけ、下記返送先までご返送ください。

1. 記号番号相違
2. 氏名相違
3. 印鑑相違 ()
4. 口座なし
5. その他

【返送先】〒581-8585

大阪府八尾市北亀井町3丁目1番72号

シャープ健康保険組合

TEL. 050-5530-3927 FAX. 06-6791-7309

扶養家族を申請しない方は、この申請書の提出は不要です

(様式番号 12)

(202201 改訂)

シャープ健康保険組合 御中

記入例

特例退職被保険者 資格取得時扶養認定申請書

氏名: **健保太郎** (氏名コード: ××××××)

【添付書類チェックリスト】 ※a~dは提出必須です

- a. 必ず 世帯全員の住民票(続柄表示要) ※本人含めて全員記載があれば1部提出で可
- b. 必ず 個人番号通知カード、または個人番号カード両面コピー ※住民票に記載があれば提出不要
- c. 必ず 被保険者本人の「所得証明書」または確定申告書控のコピー
- d. 必ず 19歳以上の申請家族の「所得証明書」
- e. 働いている家族 直近3カ月分の「給与明細書」コピー
- f. 年金を受けている家族 「年金振込通知書」など年金額がわかる書類のコピー
- g. 給与・年金以外の収入を確定申告している家族 収入・支出の内訳がわかる書類のコピー(青色決算申告書など)
- h. 学生の家族(高校生以上) 「学生証」コピー
- i. 別居の家族 ①直近6カ月の「仕送り明細書」コピー
②別居家族の世帯全員の住民票 ※学生の家族は①②とも不要

氏名	生年月日	年齢	性別	続柄	住居	市町村の医療補助
フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子	昭 ××年××月××日 平 令	45	男 女	妻	同居 別居	無 有 いつから 年 月~
個人番号(12桁)	× × × × - × × × × × ×					
1 申請家族の現況が該当するものにチェックしてください(複数チェックも可)						
<input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 全日制の学生 <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 年金を受けている <input type="checkbox"/> 給与・年金以外の収入がある 別居の場合は、別居の住所及び連絡先を記入してください (〒 - TEL: - -)						
氏名	生年月日	年齢	性別	続柄	住居	市町村の医療補助
フリガナ ケンボ イチロウ 健保 一郎	昭 ××年××月××日 平 令	20	男 女	長男	同居 別居	無 有 いつから 年 月~
個人番号(12桁)	× × × × - × × × × × ×					
2 申請家族の現況が該当するものにチェックしてください(複数チェックも可)						
<input type="checkbox"/> 無職 <input checked="" type="checkbox"/> 全日制の学生 <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 年金を受けている <input type="checkbox"/> 給与・年金以外の収入がある 別居の場合は、別居の住所及び連絡先を記入してください (〒 〇〇〇 - 1234 TEL: ××× - ××× - ×××× 大阪市〇〇区〇〇町 1-2-3-4)						
性別	生年月日	年齢	性別	続柄	住居	市町村の医療補助
フリガナ	昭 年 月 日 平 令		男・女		同居・別居	無 有 いつから 年 月~
個人番号(12桁)						
3 申請家族の現況が該当するものにチェックしてください(複数チェックも可)						
<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 全日制の学生 <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 年金を受けている <input type="checkbox"/> 給与・年金以外の収入がある 別居の場合は、別居の住所及び連絡先を記入してください (〒 - TEL: - -)						