健康保険特例退職被保険者資格取得申請書

健保組合	常務理事	事務長	次長		窓口担当

健保記入欄	特例退職被保険者証 記号	番号	資格取得年月日	資格喪失予定年月日	備考
	20	－			

1. 特例退職被保険者資格

申請者氏名	生年月日	性別	住所
フリガナ 氏名	○大正 ○昭和　年　月　日	○男 ○女	〒 電話番号　自宅　(　　) 携帯　(　　)

（全日空健康保険組合の被保険者であった事項）

資格取得(入社日)	資格喪失(退職翌日)	被保険者期間	在職時の保険証番号	退職時に所属していた事業所名
○昭和 ○平成　年　月　日 ○令和	令和　年　月　日	年　ヶ月	記号　番号 ―	

（被用者年金の受給権）

年金支給者	年金の種類	受給権取得年月	厚生年金保険の被保険者期間	【申請書添付書類】
日本年金機構	厚生年金保険老齢年金	年　月	年　ヶ月	1. 住民票（被扶養者分を含む） 2. ア. 厚生年金保険の年金証書 イ. 年金裁定通知書 ウ. 国民年金・厚生年金保険老齢給付裁定請求書 いずれかのコピー

2. 被扶養者申請

申請者氏名	性別	被扶養者生年月日	被保険者との続柄	同居/別居	収入の有無	収入の額
フリガナ 氏名	○男 ○女	○昭和 ○平成　年　月　日 ○令和		○同居 ○別居	○有 ○無	万円
フリガナ 氏名	○男 ○女	○昭和 ○平成　年　月　日 ○令和		○同居 ○別居	○有 ○無	万円

（注）収入の証明となる書類を添付してください。（非課税証明、年金振込通知、在学証明書 等）

3. 健保からの給付金支給時の指定銀行（本人名義）

銀行口座			金融機関番号	店舗番号	預金種類	口座番号(右づめでご記入ください)
	○銀行 ○信用金庫 ○労働金庫 ○信用組合	○本　店 ○支　店 ○出張所			○普通(総合) ○当座	

（注）・給付金は、上記指定銀行に振込みいたします。支給日は毎月25日とし、医療費・保険給付金明細はANA健保のHPで確認いただけます。

4. 保険料納付方法（いずれか１つをお選びください。）

○ A	毎月支払う	毎月27日に１ヶ月分ずつ自動引き落としで納付する方法。
○ B	半期分の前納	毎年3/12（前期：4月～9月分）、9/12（後期：10月～翌年3月分）の6か月分をまとめて自動引き落としで納付する方法。
○ C	１年分の前納	毎年3/12（4月～翌年3月分）に1年分をまとめて自動引き落としで納付する方法。

（注）＊引き落とし日が銀行休業日の場合は、翌営業日が引き落とし日となります。
＊自動引き落としに要する費用は、被保険者のご負担となります。このため、保険料に自動引き落とし手数料151円を加えた金額が引き落とし金額となります。
＊B・Cの場合、複利現価法による年４％の割引が適用されます。

5. ※必須　緊急連絡先（上記電話番号と異なる連絡先をご記入ください。）

氏名	あなたとのご関係	連絡先
フリガナ 氏名		〒 電話番号　―　―

6.メールアドレス
当健保組合よりお知らせや各種健康情報を配信する為、
ご賛同を頂ける方はメールアドレスの記入をお願い致します。
（パソコン、携帯アドレスどちらでも結構です）

@

健保受付印