

# 特例退職被保険者資格取得申請書 兼 被扶養者申請書

健 保 決 裁 欄	理事長・常務理事	所属長	主担当	係員

現在の 保険証 記号 10	番	氏名 (フリガナ)	生年月日	昭和 年 月 日		
特退 加入後 記号 92	号	名	年 齢	才	性別	男・女
住 所		〒 -	電 話 番 号	- -		
			携 帯 番 号	- -		
退 職 時 の 所 属 事 業 所			年 金 受 給 権 発 生 日	平成	年	月 日
資 格 取 得 日 (入 社 日)	昭 和 平 成	年 月 日	退 職 日	平成	年 月 日	資 格 喪 失 日 平成 年 月 日
健康保険料納付方法	<input type="checkbox"/> 1年前納(4月～3月) <input type="checkbox"/> 半年前納(4月～9月・10月～3月) <input type="checkbox"/> 毎月納付 ※金融機関へのお手続きが完了となるまでは、払込票による納付となります					

給付金・還付金振込先 (ご本人名義の口座に限る)	銀行コード	9 9 0 0	店番(3桁)		口座番号(右詰め記入)
	ゆうちょ銀行		(店名)	普通	
※給付金等が発生した場合は、上記の口座に振込みます ※ゆうちょ銀行の場合は、【振込用】店番号・口座番号をご記入ください					

【被扶養者申請欄】							
区分	(フリガナ)		性別	生年月日	年齢 続柄	同居 の有無	収入(年間見込み)の有無
	氏名						
継続			男	昭和		同居	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 学生 給与 円 ・ 年金 円
新規			女	平成		別居	その他
継続			男	昭和		同居	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 学生 給与 円 ・ 年金 円
新規			女	平成		別居	その他
継続			男	昭和		同居	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 学生 給与 円 ・ 年金 円
新規			女	平成		別居	その他

事業所 担当者 記入欄	資格取得年月日 (退職日の翌日)	平成 年 月 日	退職時の 標準報酬月額	千円	事業所・部署名	健 保 記 入 欄 受付日:
	[備考]					
	担当者名					
	電話番号					

健 保 記 入 欄	特例退職 資格取得日	平成 年 月 日	標準報酬月額	2 8 0	千円 加 入 コ ー ド	5 6 7 8
-----------------------	---------------	----------	--------	-------	-----------------------------	---------

・ご家族の申請が無い場合は提出不要  
 ・申請対象者が複数おられる場合は、1人毎に提出が必要

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

下記の扶養内容に相違ありません。申請後、扶養状況に変更があった場合は速やかに届出します。届出内容が事実と異なっていた場合や届出を遅延した場合は、遡っての資格取消しを受け、当該期間の医療費及び給付金の全てを返戻することに同意します。

太枠内を全てご記入ください

記号	被保険者番号	被保険者氏名	申請対象者名 (扶養したい人の氏名)
		(印) (自署の場合は不要)	

1. 家族構成(被保険者と申請対象者を含めて同居・別居を問わず、家族全員についてご記入ください)

氏名	続柄	年齢	職業	月収	居住区分 (該当に○)	必須提出書類(コピー可)
	被保険者 (本人)	才		円	同居 別居	【同居の場合】 住民票(続柄記載の世帯全員分)※ + 直近年度の所得証明書
	申請対象者 ( )	才		円	同居 別居	
		才		円	同居 別居	【別居の場合】 住民票(続柄記載の世帯全員分)※+直近年度の所得証明書 + 直近3カ月の送金証明書 (振込明細書、現金書留控、通帳の写し等 送金者・受取人氏名・送金日の分かるもの)
		才		円	同居 別居	
		才		円	同居 別居	【学生(高校生以下を除く)の場合】 学生証(有効期限の記載必要)

※ 住民票は個人番号(マイナンバー)の記載のないもの

2. 現在の家計負担状況

同居の場合		別居の場合	
氏名	家計負担額	氏名	仕送り・収入金額
	月額 円	被保険者からの仕送り金額	月額 円
	月額 円	申請対象者の1カ月の家計負担額	月額 円
	月額 円		月額 円
合計(1カ月の所要家計費)	月額 円	合計(1カ月の所要家計費)	月額 円

3. 扶養申請の理由(当てはまるものに✓をつけてください)

<input type="checkbox"/> 被保険者の特例退職被保険者制度への加入に伴うもの <input type="checkbox"/> 結婚 (日付: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 申請対象者が退職 (日付: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 申請対象者の収入が減少 <input type="checkbox"/> その他 申請対象者を扶養するに至った理由(できるだけ詳細にご記入ください)	該当項目に必要な提出書類(コピー可)  → 1年未満の方のみ、質問5もお答えください  → 状況によってご提出書類が異なります  【保険者は厚生労働省令で定めるところにより、被保険者または保険給付を受けるべき者に保険者または事業主に対して、この法律の施行に必要な申出もしくは届出をさせ、または文書を提出させることができる。(健康保険法第197条の2)】
--	--

4. 申請対象者が今まで加入していた健康保険(当てはまるものに✓をつけてください)		該当項目に必要な提出書類(コピー可)
<input type="checkbox"/> 国民健康保険		
<input type="checkbox"/> 他の健康保険組合・協会けんぽ・共済組合等(任意継続・家族扶養含む)		健康保険資格喪失証明書
<input type="checkbox"/> パナソニック健康保険組合		
<input type="checkbox"/> 健康保険未加入(未加入 年 月 ~)		

5. 申請対象者の雇用保険(失業給付金)の受給について (当てはまるものに✓をつけてください)		該当項目に必要な提出書類(コピー可)
退職日 年 月 日		「雇用保険受給内容確認書」+ 下記の該当書類
<input type="checkbox"/> 雇用保険未加入		退職月の給与明細 + 退職日の分かる書類
<input type="checkbox"/> 失業給付金の受給資格なし		入・退職日(退職理由)記載の事業主発行の証明書
<input type="checkbox"/> 失業給付金を受給しない(放棄する) 理由( )		離職票1・2
<input type="checkbox"/> 失業給付金の受給(中)予定		雇用保険受給資格者証(両面)
<input type="checkbox"/> 失業給付金を受給延長(中)する ※該当理由を○で囲んでください 病気・けが 妊娠・出産・育児 親族の看護・介護 配偶者の「海外勤務の帯同」		受給期間延長通知書 + 離職票1・2
<input type="checkbox"/> 失業給付金の受給終了		雇用保険受給資格者証(両面) * 受給終了の印字のあるもの

6. 申請対象者の今後1年間の収入			
収入内訳(無い場合は無に○、有る場合は金額)	無	有(金額)	収入がある場合に必要提出書類(コピー可)
① 給与収入(パート・アルバイト含む) ※手当(通勤手当を除く)を含む税引き前の額	無	年額 円	直近3カ月の給与明細 (勤務期間が3カ月未満は雇用契約書)
② 公的年金・企業年金・個人年金等・恩給収入 ※ 各種年金の税引き前の金額	無	年額 円	年金振込通知書 ←(認定月を含むもの) 注: 源泉徴収票ではお認めできません
③ 事業収入・不動産収入(事業内容: ) ※総収入 - (売上原価 + 必要経費) + 減価償却費	無	年額 円	確定申告書(第一表・第二表) + 収支内訳書(損益計算書)
④ 利子収入・投資収入(株など) 継続性のある収入益 (受給開始日: 年 月 日)	無	年額 円	確定申告書(第一表・第二表) + 収支内訳書(損益計算書)
⑤ 雇用保険(失業給付金)	無	基本手当日額 円	雇用保険受給資格者証(両面)
⑥ 健康保険給付金(傷病手当) (受給開始日: 年 月 日)	無	標準報酬日額 円	支給決定通知書
⑦ 他者からの援助(養育費・慰謝料) (氏名・続柄: )	無	月額 円	
⑧ 不動産売却、遺産相続等 一時金収入	無	年額 円	確定申告書(第一表・第二表) + 収支内訳書(損益計算書)
⑨ その他 継続性のある収入 (内容: )	無	年額 円	収入額を確認できるもの
申請前から無職無収入で、今後も変わらず無職無収入である (上記全て「無」に○があること)			最新年度の所得証明書

\*被扶養者(申請対象者)が海外に在住し日本国内に住所を有しない場合は、パナソニック健保のホームページ・申請用紙一覧2-3「被扶養者 現況申立書」を提出してください。

記入日 年 月 日

被保険者氏名