常務理事	検　印	担　当

◎本申請書と必要書類をパナソニック健康保険組合へ直送してください。

令和　　年　　月　　日　より加入

特例退職被保険者資格取得申請書　兼被扶養者申請書

【注】マイナ保険証未登録により「資格確認書」の発行が必要な場合は、必ず「資格確認書（再）交付申請書」も併せてご提出ください

在職時被保険者等	記号		番号		氏名	(フリガナ)	生年月日	□昭和 □平成　年　月　日	
特退加入後	記号	92					年齢	才	性別 □男 □女
住所	〒　－						携帯番号	－　－	
							自宅番号	－　－	
パナソニック退職時所属事業所							再就職先の退職日	□平成 □令和　年　月　日	
パナソニック入社日（資格取得日）	□昭和 □平成　年　月　日		パナソニックの退職日	□平成 □令和　年　月　日			パナソニック健保加入期間	20年以上 □	40歳以降10年以上 □ その他（　）

健康保険料納付方法	□1年前納（4月～3月）　□半年前納（4月～9月・10月～3月）　□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
年金受給権発生日	□平成 □令和　年　月　日
年金受取状況（★）	□年金受給中・請求中　⇒国民年金・厚生年金保険年金証書（写し）添付　※請求中の方は加入後の提出でも可 □年金繰上げ　⇒年金請求書の写し（受付印があるもの）添付 □年金繰下げ　⇒年金に関する必要書類不要　※状況に応じて確認させていただく場合あり
現在加入の健康保険	□パナソニック健保加入〔現役（NSP等再雇用者含む）・任継　〕□国民健康保険 □他健保〔協会けんぽ・共済組合等（任継・扶養家族）〕⇐【他健保の場合、健康保険資格喪失証明書　要添付】 ※「健康保険資格喪失証明書」を後日送付の場合、チェックしてください →□　※証明書到着後の加入手続処理開始

保険料引落口座がゆうちょ銀行以外はご記入不要です 健保からの給付金等振込口座 （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】

（フリガナ） 氏名	性別	生年月日	年齢 続柄	同居の有無	加入日以降の収入の有無等 申請理由（○印をつけてください）
	□男 □女	□昭和 □平成 □令和　年　月　日	才	□同居 □別居	□有・□無・□学生 □特退加入に伴うもの □結婚 □退職 □収入減少 □その他（　）
	□男 □女	□昭和 □平成 □令和　年　月　日	才	□同居 □別居	□有・□無・□学生 □特退加入に伴うもの □結婚 □退職 □収入減少 □その他（　）

本申請書と合わせて提出が必要な書類

年　月　日提出

全員必須 ➡
- □ 世帯全員の住民票（続柄表示要）
- □ 年金証書（上記★参照）
- □ 預金口座振替依頼書（原紙）

他健保からご加入の方 ➡
- □ 個人番号（マイナンバー）申請書
- □ 健康保険資格喪失証明書（国保除く）

69歳以上の方 ➡
- □ 確定申告書または所得証明書

＋

被扶養者を申請する場合（被扶養者分）

必須 ➡
- □ 扶養状況届兼同意書（原紙）
  ※被保険者が「自署する欄」があります。お忘れなくご記入ください。
- □ 所得証明書または非課税証明書（入手先：市区町村役場）

その他、収入状況等に応じて、上記以外の書類が必要な場合がございます。
扶養状況兼同意書を必ずご確認ください。

※（原紙）以外はコピーで可

健保受付印

健保記入欄	特例退職資格取得日	令和　年　月　日	標準報酬月額	2	8	0千円	加入コード	5P	6任	7社	8国

特退・任継

扶養状況届 兼 同意書

E

・ご家族の申請が無い場合や、18歳未満の学生(全日制)の場合提出不要
・(2/2)については、申請対象者(家族) 1人1枚提出必要

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	被保険者等番号	被保険者氏名 (自署)	同意日(申請日)
			令和 年 月 日

1. 家族構成 〔被保険者と申請対象者(家族)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〕

今回扶養申請対象者ですか	氏名	続柄	年齢	加入日以降の状況		
				月収(年金等含)	収入区分	居住区分
		被保険者(本人)	才	円	□無職 □学生(全日制) □パート等 □失業給付 □年金受給者 □自営業他( )	
□はい □いいえ			才	円	□無職 □学生(全日制) □パート等 □失業給付 □年金受給者 □自営業他( )	□同居 □別居
□はい □いいえ			才	円	□無職 □学生(全日制) □パート等 □失業給付 □年金受給者 □自営業他( )	□同居 □別居
□はい □いいえ			才	円	□無職 □学生(全日制) □パート等 □失業給付 □年金受給者 □自営業他( )	□同居 □別居
□はい □いいえ			才	円	□無職 □学生(全日制) □パート等 □失業給付 □年金受給者 □自営業他( )	□同居 □別居

(★)申請対象者(家族)にかかる必須提出書類(コピー可) ※ 収入状況により別途追加書類が必要です。

①世帯全員の住民票(続柄記載)

②直近年度の所得証明書(または非課税証明書)

③別居の場合:直近3ヶ月の送金証明書(振込明細書、現金書留控え、通帳の写し等送金者・受取人氏名・送金日のわかるもの)

④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) ※23歳以下の職歴のない学生は②③省略可能

2. 現在の家計負担状況 (扶養される方の生計維持関係を確認します) **※加入日以降の状況をご記入ください**

同居の場合			別居の場合			
氏名		家計負担額	氏名		被保険者からの仕送り金額	申請対象者(家族)の家計負担額
本人		月額 円	別居家族		月額 円	月額 円
家族		月額 円	別居家族		月額 円	月額 円
家族		月額 円	別居家族		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	

2枚目以降、申請対象者(家族)ごとに1枚ずつご記入ください

パナソニック健康保険組合

申請対象者（家族）ごとに1枚ずつご記入ください　E　以下の提出書類の他に追加で書類を求める場合があります。　(2/2)

被扶養者申請対象者	氏　名	続柄

3．申請対象者（家族）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）

☐ 国民健康保険　☐パナソニック健康保険組合　☐健康保険未加入（未加入　　年　　月 ～ ）

☐ 他の健保組合・協会けんぽ・共済組合等（任意継続・扶養者含む）←【「健康保険資格喪失証明書」要添付】

4．申請対象者（家族）が1年以内に就労し退職していた場合

退職日	☐平成 ☐令和　　年　　月　　日	「雇用保険受給内容確認書」＋下記の該当書類
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）
☐ 雇用保険未加入	→	退職月の給与明細 ＋ 退職日の分かる書類
☐ 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
☐ 失業給付金を受給しない（放棄する）　理由（	→	離職票1・2
☐ 失業給付金の受給（中）予定	→	雇用保険受給資格者証（全面）※注釈1
☐ 失業給付金を受給延長（中）する　※該当理由を〇で囲んでください ☐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
☐ 失業給付金の受給終了	→	雇用保険受給資格者証（全面）※注釈1 ＊受給終了の印字のあるもの

5．申請対象者（家族）の今後1年間の収入　※ 加入日以降の収入をご記入ください

	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な提出書類（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（65歳前の報酬比例部分も含む） 企業年金・個人年金等・恩給収入 ※各種控除前の金額	☐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・（第三表）〕 ＋ 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・（第三表）〕 ＋ 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（全面）※注釈1
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 →	振込証明等
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、今後も変わらない場合は上記全て「無」に✔印を記入し、「申請対象者（家族）にかかる必須提出書類欄（1/2）」をご参照の上、必須提出書類（★）を添付してください。

【※注釈1　雇用保険受給資格者証（全面）または受給資格通知（初回交付の全件版および最新処理状況を確認できる全てのページ）】

＊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、被扶養者に認定できません。ただし、例外要件に該当される場合は、ﾊﾟﾅｿﾆｯｸ健保のﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ・申請用紙一覧TT-4「被扶養者　現況申立書」も提出してください。

＊【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し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）】

E

取扱店日附印

お願い

・預金者欄の印鑑は金融機関への**届出印**（通帳等でご確認ください）で**鮮明に**ご捺印ください。

・預金種目は普通又は当座 **いずれかの□欄を✓で**選択してください。**（貯蓄預金はご指定できません）**

・ゆうちょ銀行ご指定の場合は、直接窓口での受付はできません。

委託者番号						
0	0	1	0	5	1	

顧客番号											
0	0	9	2	0							

預金口座振替依頼書
自動払込利用申込書 収 加

銀行
信用金庫
組合
労働金庫
農協

日

年　月

御中

私は、下記の収納代行会社から請求された金額を私名義の下記預金口座から預金口座振替によって支払うこととしたいので、預金口座振替規定を確約のうえ依頼します。

収納代行会社	りそな決済サービス株式会社 ＜旧 大和ファクター・リース㈱＞ （略称:RKS）

どちらか一つをご指定ください。
↓　　↓

金融機関（ゆうちょ銀行を除く）												ゆうちょ銀行			
金融機関コード					支店コード							種目コード	契約種別コード	払込先加入者名	りそな決済サービス株式会社
指定口座	□銀行 □信用金庫 □組合 □労働金庫 □農協				□本店 □支店 □出張所							166	30	払込先口座番号	00110－6－144689
預金種目（必ずご記入ください）			口座番号（右からつめてご記入ください）									記号（6桁目がある場合は※欄にご記入下さい）		番号（右からつめてご記入ください）	
□普通（総合口座含） □当座												1	0 ※		
フリガナ															
口座名義人														お届け印	振替日・払込日 金融機関休業日の場合翌営業日 1．3日 2．22日

太枠内をボールペンでもれなくご記入ください。

―― 預金口座振替規定 ――

1. りそな決済サービス株式会社より貴行に請求書が送付されたときは、私に通知することなく請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
2. 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額（当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む）をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
3. この契約を解除するときは、私から貴行に書面により届出ます。なおこの届出がないまま、長期間にわたりりそな決済サービス株式会社から請求がない等相当の理由があるときは、とくに申出をしない限り貴行はこの契約を終了したものとし取扱ってもさしつかえありません。
4. この預金口座振替についてかりに紛議が生じても貴行の責めによる場合を除き貴行には迷惑をかけません。

※ゆうちょ銀行は除く。
（ゆうちょ銀行をご指定の場合は、自動払込み規定が適用されます）

《金融機関・ゆうちょ銀行へのお願い》
この依頼書に不備がありましたら、不備返却事由に○をつけ取りまとめ店経由にて至急りそな決済サービス㈱へご返送ください。

金融機関・ゆうちょ銀行使用欄	（不備返却事由） 1.預金取引なし　3.印鑑相違 2.記載事項等相違　4.その他 （店名、預金種目 口座番号 口座名義）（　　） （備考）	検印 印鑑照合 受付印

〒１５３－８５８３
東京都目黒区目黒２－１３－１８
りそな決済サービス株式会社
りそな代金回収センター（ワイドネット）
℡　０３-５７７３-５１７２（専用）
℡　０１２０-１２-７７２５（ﾌﾘｰﾀﾞｲﾔﾙ）

料金等の収納依頼企業名	パナソニック健康保険組合	代金等の種類	健康保険料及び介護保険料

2024.12

E

個人番号（マイナンバー）申請書

記号	被保険者等番号							被保険者氏名

健康保険組合へご提出いただく申請書類には、

個人番号【マイナンバー】の記入が必要となります。

個人番号の利用目的

当健保は、被保険者 および 被扶養者の個人番号を、番号法別表第１の第2項「健康保険法による保険給付の支給 または 保険料等の徴収に関する事務」において使用します。

◆ ご本人様は「個人番号カード（両面）」または 「通知カード（個人番号表示面）」をコピーし、下記の【貼付欄】に貼付してください。

【 貼 付 欄 】

「個人番号カード（表面）」

または

「通知カード（個人番号表示面）」

【 貼 付 欄 】

「個人番号カード（裏面）」

◆ ご家族様は「通知カード」等のコピーの貼付は必要ありません。
下記の【被扶養者欄】に 、氏名、続柄、性別、生年月日、個人番号を正確に記入してください。

被扶養者欄	氏　　名	続柄	性別	生 年 月 日	個　人　番　号
				□S □H □R 年 月 日	
				□S □H □R 年 月 日	
				□S □H □R 年 月 日	

※ 大切な個人情報のご提出となりますので、「簡易書留」などの配達記録が確認できる方法での郵送を推奨しております。

健保受付印

パナソニック健康保険組合

（2024.12）