

健康保険証記載の番号
(PINナンバー)

パナソニック健保の保険証の番号が不明の場合記載不要

E

令和 年 月

記入例

特退加入時の年齢

特例退職被保険者資格取得申請書 兼被扶養者申請書

在籍時 保険証 記号	番号	氏名 (フリガナ)	生年月日
特退 加入後 記号	92	ケンポ ハコ 健保 太郎	昭和 平成 32年 1月 1日
住所	〒000-0000 大阪市00区00001丁目0-0		
退職時の 所属事業所	パナソニック(株) 0000社		
パナソニック入社日 (資格取得日)	昭和 平成 55年 4月 1日	再就職先等の退職日 平成 令和 31年 4月 30日	年金受給権 発生日 平成 令和 30年12月31日
健康保険料納付方法	<input checked="" type="checkbox"/> 1年前健康保険の資格喪失証明書が後日送付の場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください <input type="checkbox"/> ※金融機関		
現在加入の健康保険	<input type="checkbox"/> パナソニック健保加入(現役(NEP等)有雇用者含む)に限り <input type="checkbox"/> 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】 <input type="checkbox"/> ※「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		
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	店番(3桁)	口座番号(右詰め記入)
保険料引落口座がゆうちょ銀行 以外のご記入不要です	9 9 0 0	1 2 8	普通 1 2 3 4 5 6 1
	※給付金等が発生した場合は、上記の ※ゆうちょ銀行の場合は、【振込用】店番		

【被扶養者申請欄】						
(フリガナ)	性別	生年月日	年齢	同居の有無	加入日以降の収入の有無等	申請理由 (〇印をつけてください)
ケンポ ハコ 健保 花子	男 女	昭和 平成 34年 2月 8日	60才 妻	同居 別居	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 学生 <input checked="" type="checkbox"/> 特退加入に伴うもの ・ 結婚 ・ 退職 <input type="checkbox"/> 収入減少 ・ その他()	特退加入時点の年齢
	男 女	昭和 平成	才	同居 別居	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 特退加入に伴うもの ・ 結婚 ・ 退職 <input type="checkbox"/> 収入減少 ・ その他()	
	男 女	昭和 平成	才	同居 別居	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 特退加入に伴うもの ・ 結婚 ・ 退職 <input type="checkbox"/> 収入減少 ・ その他()	

◎下欄は、直前にパナソニック健保以外の他健保加入者は記入不要

令和 3年 5月 7日提出

事業所	特退資格取得年月日 (退職日の翌日)	令和 2年 5月 1日	健保受付印
担当者	事業所・部署名	担当者名	電話番号
記入欄	□□ 人事部	△△	7-XXXX-1234
備考	担当者にて資格取得年月日・退職時の標準報酬月額・事業所 部署名・ 担当者名・ご連絡先をご記入下さい。 特記事項等は備考欄にご記入願います。		
健保 記入欄	特例退 資格取得	加入 コード	5P 6任 7社 8国

・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)一人1枚提出必要

任継は 91
 特退は 92

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健康保険証記載の番号します。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(自署)	同意日(申請日)
92	0123456	健保太郎	令和3年5月1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
	健保太郎	被保険者(本人)	62才	150,000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()	
<input checked="" type="checkbox"/> はい	健保花子	妻	60才	68,000円	無職・学生(全日制)・パート等・年金受給者 自営業他()	同居
<input type="checkbox"/> はい				0円	無職・学生(全日制)・パート等・年金受給者 自営業他()	同居
<input type="checkbox"/> はい						同居
<input type="checkbox"/> はい						同居
<input type="checkbox"/> はい						同居

該当するものすべてに○印をつけてください

申請対象者(家族)にか... 同居・別居を問わず、ご家族全員(本人・配偶者・子および、生計関係のあるご家族すべて) 追加書類が必要です。

【同居の場合】

住民票(続柄記載の世帯全員分)

【別居の場合】

住民票(続柄記載の世帯全員分) ※

直近3カ月の送金証明書(振込明

※ 住民票は個人番号(マイナンバー)

生計維持関係の確認項目となります。

1カ月のの生活費を『誰が』『いくら負担』されているかをご記入ください。

※ 月収と金額が一致しなくても問題はございません。

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
健保太郎	月額 250,000円		月額 円	月額 円
健保花子	月額 30,000円		月額 円	月額 円
	月額 円		月額 円	月額 円
合計 (1カ月の所要家計費)	月額 280,000円	合計 (1カ月の所要家計費)	月額 円	円

2枚目以降、申請対象者(家族)ごとにご記入ください

被扶養者申請対象者	氏名	続柄
	健保 花子	妻

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)

<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input checked="" 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 ~)
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 雇用保険未加入	該当しない場合は無記入で可		雇用保険受給明細 + 退職日の分かる書類
<input type="checkbox"/> 失業給付金の受給資格なし			失業給付金受給開始日(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	
<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	

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 816,000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・(第三表)] + 收支内訳書(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)] + 收支内訳書(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) + 收支内訳書(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、必須提出添付書類(※)を添付してください。

(※) 「申請対象者(家族)にかかる必須提出添付書類欄(1/2)」を参照ください

*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、パナソニック健保のホームページ・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)】

保険料口座振替の手続きについて

「預金口座振替依頼書」の太枠内必要事項をご記入、銀行届出印を押印のうえ、振替口座の確認ができる「通帳の写し等」を添付して健保にご送付ください。

記入例

預金口座振替依頼書
自動払込利用申込書 (取) (加)

年 月 日

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 規定を締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 (略称:RKS) <旧 大和ファクター・リース株>	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		
〇〇	△△	166	30	払込先	00110-6-144689		
<input checked="" type="checkbox"/> 普通 (総合口座含) <input type="checkbox"/> 当座		口座番号 (右からつめてご記入ください)		口座番号は右詰めでご記入ください			
フリガナ		ケン		ポ		タ	
口座名義人		健 保 太 郎		お届け印 銀行届出印			

ネット銀行等でお届け印の登録がない場合は、斜線を引いてください

口座名義人は被保険者ご本人となります

● 金融機関 (ゆうちょ銀行を除く) の場合は、
銀行名・支店名・預金種目・口座番号・口座番号をご記入ください

● ゆうちょ銀行の場合は、
通帳の記号・番号をご記入ください

【ご留意点】

- ※ 記載漏れ、記載誤り、銀行届出印の誤りがありますと手続きが完了できませんのでご注意ください。この用紙の訂正には、銀行届出印での訂正が必要です。
- ※ 口座振替の開始月は「保険料通知書」にてご案内いたします。手続き完了までは払込取扱票による振込みとなります。(初回引落とし開始まで2~3ヵ月要します)
- ※ 保険料の口座振替は毎月3日、前納一括払いは、3月・9月 (半年) の指定日となります。振替日が金融機関の休業日の場合は翌営業日となります。