キリンビール健康保険組合　特例退職被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	担当者

（健保押印欄）

資格確認書発行要否	☐ 発行が必要

太枠内をご記入ください。修正がある場合は、必ず黒の消えないペンで二重線を引き、楷書ではっきりと修正してください。

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	個人番号	前資格
	7777	―				-

1. 特例退職被保険者

フリガナ	生年月日	性別	住民票住所
申請者氏名	昭和　年　月　日（　歳）	男 女	〒　- 都道府県
キリンビール健康保険組合の被保険者であった期間			

資格取得（入社日）	資格喪失（退職日翌日）	被保険者期間	居所（住民票住所と居所が同じ場合は記入不要）
昭和 平成　年　月　日	平成 令和　年　月　日	年　ヶ月	〒　-

在職時の保険証番号 記号	番号	退職時に所属していた事業所名	携帯番号	―　―

2. 被扶養者　（注）収入証明必須

フリガナ 被扶養者氏名	性別	被扶養者生年月日	被保険者との続柄	職業	年間収入見込	被保険者との世帯	居所（被保険者と同居の場合は記入不要）	資格確認書発行要否
	男 女	昭 平　年　月　日			円	同居 別居	〒	☐ 発行が必要
	男 女	昭 平　年　月　日			円	同居 別居	〒	☐ 発行が必要
	男 女	昭 平　年　月　日			円	同居 別居	〒	☐ 発行が必要

3. 保険料振替口座（本人名義）兼 保険給付金受取口座（いずれか1行を選んでご記入ください）

		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・労働金庫 信用金庫・信用組合 農協（JA） 本店 支店 出張所			普通 当座	

		種目コード	契約種別コード	通帳記号	通帳番号（右づめでご記入ください）
○	ゆうちょ銀行	1 6 6	3 0	1 0 の	

（注）別添「預金口座振替依頼書」と同一口座をご記入ください。 上記口座に保険給付金（高額療養費等）をお振り込みいたします。

4. 保険料納付方法（A～Cを選び、○をしてください）

A　毎月払い　…1ヶ月分を納付（引落日※：毎月27日）

B　前納（半期一括）　…6ヶ月分をまとめて納付／前期：4～9月分、後期：10～翌年3月分（引落日※：9／12、3／12）

C　前納（年間一括）　…1年分をまとめて納付（引落日※：3／12）

※金融機関が休日の場合は翌営業日に引落し

5. 緊急連絡先　（お子様、兄弟等）

氏名		あなたとの続柄
連絡先	〒　－　携帯　―　― 住所　都道府県	

振替開始年月

単月　-

　　-

前納　-

納付方法　A・B・C

振込月

健保受付印

特例退職者医療制度の内容を了承のうえ上記の通り申請します。

申請日：令和　年　月　日

キリンビール健康保険組合理事長 殿