

記入例

キリンビール健康保険組合
 太格内をご記入ください。修正が

①マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
 ②マイナンバーカードを保有しているが、健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
 ③マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者のいずれかに該当する場合のみ チェック

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

平成27年10月以前に当健保組合の資格を喪失した方のみ 記入

資格取得年月日	資格喪失予定年月日	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
前資格											-			

フリガナ ケンポ タロウ 生年月日 性別 住民票住所
 申請者氏名 健保 太郎 昭和 33 年 12 月 1 日 (65才) 男 〒164-0001 中野区中野4-10-2 (都 道)

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) 平成 55年 4月 1日 資格喪失(退職日翌日) 平成 6年 2月 1日
 在職時の保険証番号 記号 番号 1000 99999 退職時に所属した施設名 キリンビ

①マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
 ②マイナンバーカードを保有しているが、健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
 ③マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者のいずれかに該当する場合のみ チェック

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
ケンポ ハナコ 健保 花子	男 女	昭和 35年 5月 21日	妻	無職	0 円	同居 別居	同居	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	男 女	年 月 日			円	同居 別居	同居	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	男 女	年 月 日			円	同居 別居	同居	<input type="checkbox"/> 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)

三菱 銀行・労働金庫 中野 本店 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)
 UFJ 信用金庫・信用組合 農協(JA) 出張所 0 0 0 5 1 5 1 普通 当座 1 2 3 4 5 6

ゆうちょ銀行 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)
 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 健保 一郎 あなたとの続柄 長男
 連絡先 〒164-00001 都 道 携帯 080-2222-3333
 住所 東京 府 県 中野区中野2-10-1

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上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

