

健康保険特例退職被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	係	係

太枠内だけ記入してください。

特例退職被保険者証 記号・番号		600		資格取得年月日	平成	年	月	日				
被保険者証		フリガナ		印	生	年	月	日	性別	退職年月日		
記号	番号										漢字	
住所	郵便番号	漢字							電話番号			
									() -			

60才で年金受給の手続きをします。	はい	・	いいえ
65才で年金受給の手続きをします。	はい	・	いいえ

「氏名のフリガナ」は、姓と名の間を1字空けて下さい。被保険者本人が氏名を記入した場合、本人の押印は不要です。
 「住所」、「電話番号」は、保険料納入証明書、医療費に関する各通知、広報誌等の送付、その他健保からの連絡のために使用します。

平成 年 月 日

上記のとおり、申請します。

【個人情報保護に関して】

個人情報保護ポリシー（基本方針）に則り、取り組みを推進しています。
 次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。
 〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 TEL：03-5795-6111 FAX：03-5795-6107
 受付時間/9:00～17:30（土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く）

健 保 記 入 欄											
ソニー健康保険組合に加入していた期間	昭和	年	月	日	昭和・平成	年	月	日	までの	年	ヶ月間
在籍していた事業所名称											
年金支給者名		給付名	厚生年金保険・老齢年金・通算老齢年金		受給権利取得年月日	昭和・平成	年	月	日		

受 付 印

Application to Join the Special-Case Retired Individuals Medical Care System

健康保険特例退職被保険者資格取得申請書

Please provide requested information in the areas outlined in bold.

※太枠内だけ記入してください。

常務理事	事務長	係	係

Health insurance card symbol/ number

Seal

特例退職被保険者証 記号・番号		600		資格取得年月日		平成	年	月	日	Sex 1.male 2.female	Date (Y/M/D) of retirement		
被保険者証 記号 番号		氏名	フリガナ	生	年	月	日	性別	退職年月日				
999	999999		ケンポ タロウ Furigana	⑤	大	⑤.昭	14	11	25	①.男 2.女	平成	11	11
住所		郵便番号	漢字						電話番号				
		〇〇-××××	〇〇県××市△△1-1-1						(〇〇) ×××× - △△△△				
		Post code	Address						Telephone number				
60才で年金受給の手続きをします。 At age 60, conduct procedures for receipt of pension benefits.				はい Yes				いいえ No					
65才で年金受給の手続きをします。 At age 65, conduct procedures for receipt of pension benefits.				はい Yes				いいえ No					

Birth Date
3.Taisho 5.Showa

※「氏名のフリガナ」は、姓と名の間を1字空けて下さい。
※被保険者本人が氏名を記入した場合、本人の押印は不要です。
※「住所」、「電話番号」は、保険料納入証明書、医療費に関する各通知、広報誌等の送付、その他健保からの連絡のために使用します。

上記のとおり、申請します。

【個人情報保護に関して】

※個人情報保護ポリシー（基本方針）に則り、取り組みを推進しています。

※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。

〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 TEL：03-5795-6111 FAX：03-5795-6107

受付時間/9:00～17:30（土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く）

健 保 記 入 欄											
ソニー健康保険組合に加入していた期間	昭和	年	月	日	昭和・平成	年	月	日	までの	年	ヶ月間
在籍していた事業所名称											
年金支給者名	給付名	厚生年金保険・老齢年金・通算老齢年金	受給権利取得年月日	昭和・平成	年	月	日				

受付印