

裏面に記入例があります。

常務理事	事務長	係	係

健康保険特例退職被保険者資格取得申請書

※太枠内のすべての項目についてご記入ください。

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 ※1		被保険者氏名 ※2	フリガナ	(名)	生年月日			性別	ソニー健保適用事業所退職年月日			
記号	番号		(氏)		(名)	昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	平成	年
住所 ※3								電話番号 ※3				
〒 _____								自宅 () -				
								携帯 () -				
加入年金制度の名称・種類			受給権発生日 (年齢到達の場合は誕生日の前日)		(注) 公的年金受給予定の方は、「年金請求書」(60歳から繰上げ請求される方は「繰上げ請求書」を含む★1)、「ねんきん定期便」、「制度共通年金見込額照会回答票」の内、いずれかのコピーを添付願います。 ★1: 繰上げ請求をされる方は、後日「厚生年金保険年金証書(コピー)」を提出願います。							
厚生年金保険 老齢年金			平成		年	月	日					

上記のとおり、申請します。

平成 年 月 日

【記入上の注意】

- ※1 記号・番号欄は、ソニー健保に加入していた時の被保険者証の記号・番号をご記入ください。ご不明の場合は未記入で結構です。
- ※2 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。
- ※3 「住所」、「電話番号」は、保険料納入証明書、給付金に関する通知、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。

【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。

〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合 適用担当 TEL: 050-3807-5059

受付印

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・平成	年	月	日から	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				市区町村コード						
備考										

記入例

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

※太枠内のすべての項目についてご記入ください。

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	← 記入不要										
被保険者証 ※1 記号	被保険者証 ※1 番号	被保険者 氏名 ※2	フリガナ	ケンポ	太郎	生年月日		性別	ソニー健保適用事業所退職年月日										
999	9999999		(氏)	健保	太郎	昭和	27	年	8	月	15	日	☑男 ☐女	平成	25	年	8	月	31
住所 ※3								電話番号 ※3											
〒 〇〇〇-XXXX								自宅 (03) 1234 - 5678											
東京都 〇〇区 XX 1丁目2-3								携帯 (090) 1111 - 1111											
加入年金制度の名称・種類		受給権発生日 (年齢到達の場合は誕生日の前日)		(注) 公的年金受給予定の方は、「年金請求書」(60歳から繰上げ請求される方は「繰上げ請求書」を含む★1)、「ねんきん定期便」、「制度共通年金見込額照会回答票」の内、いずれかのコピーを添付願います。 ★1: 繰上げ請求をされる方は、後日「厚生年金保険年金証書(コピー)」を提出願います。															
厚生年金保険 老齢年金		平成 24 年 8 月 14 日																	

上記のとおり、申請します。

【記入上の注意】

- ※1 記号・番号欄は、ソニー健保に加入していた時の被保険者証の記号・番号をご記入ください。ご不明の場合は未記入で結構です。
- ※2 被保険者本人が氏名を記入した場合、本人の捺印を必ずご記入ください。
- ※3 「住所」、「電話番号」は、保険料納入証明書と一致するようにご記入ください。

【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。
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合 適用担当 TEL: 050-3807-5059

太枠内のすべてにご記入ください

申請日をご記入ください

受付印

ソニー健康保険組合に加入していた期間		昭和・平成	健康記入欄		年	月	日	までの	年	ヶ月間
在籍していた事業所名称		記入不要		コード						
備考										