

健康保険		任意継続資格取得申請書 兼 被扶養者申請書		常務理事	事務長	グループ長	係
健 保 記 入 欄	任意継続被保険者 記号-番号	301 —					
	当健保での加入期間	昭和・平成・令和 年 月 日 取得 ~ 令和 年 月 日 喪失					
	標準報酬月額						
	当組合上限	440 千円	退職時	千円	決定	千円	

- ★申請期限は退職日の翌日から20日以内です。(当組合必着) ★下記太枠内をご記入ください。
- ★この申請書を受理後、被保険者証をご本人様宛に簡易書留で送付いたします。
- ★被保険者証送付時に初回保険料について通知いたしますので、納付のうえ被保険者証をお使いください。
- ★この申請書を当健保に直接送付される場合は、下記住所へお送りください。
- 〒541-0042 大阪市中央区今橋4-4-7 セキスイ健康保険組合・任継係

申 請 者 記 入 欄	退職時の被保険者証 記号-番号	—		資格喪失日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日		
	退職した 事業所名称						
	(フリガナ) 被保険者 氏名	性別	生年月日	昭・平 年 月 日	退職時年齢 歳		
		男・女					
	退職後の 住所 (住民票所在地)	〒 —					
	電話番号	自宅 () —	携帯 () —				
	給付金等の受取本人口座 口座振替は書類が必要です (保険証送付時に同封します)	銀行	支店	預金の種類	普通・当座		
		銀行コード ()	店番号 ()	口座番号			
	(フリガナ) 被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄	住所	職業等 収入があればその金額(年収)	
		昭 年 月 日	男		同居	なし / 給与所得者 / 年金受給者	
		平 年 月 日	女		別居	自営業者 / 不動産所得者 / 学生	
		令 年 月 日				年収 円	
	昭 年 月 日	男		同居	なし / 給与所得者 / 年金受給者		
	平 年 月 日	女		別居	自営業者 / 不動産所得者 / 学生		
	令 年 月 日				年収 円		
	昭 年 月 日	男		同居	なし / 給与所得者 / 年金受給者		
	平 年 月 日	女		別居	自営業者 / 不動産所得者 / 学生		
	令 年 月 日				年収 円		