

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	

★下記太枠内をご記入ください。★添付書類は必要ございません。
 ★申請期限は退職日の翌日から20日以内です。(当健保必着)
 ★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 大阪府中央区今橋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 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	