

| | | | | | | | |
|-----------------------|-------------------|---------------------------------|-------|------|-----|-------|---|
| 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 | 470 千円 | 本人退職時 | 千円 | 決定 | 千円 | |

- ★下記太枠内をご記入ください。★申請期限は退職日の翌日から20日以内です。(当健保必着)
- ★退職後、1週間ほどで手続き完了し「資格情報のお知らせ」と「保険料納付の案内」ご自宅宛てに送付します。
- ★マイナ保険証は手続き完了後、新しい記号・番号に自動的に切り替わります。
- ★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。★添付書類は不要です。

〒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 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 男・女 | 生年月日 | 昭・平 年 月 日 退職時年齢 歳 | |
| | 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 口座振替は別途書類が必要 (後日こちらから送付します) | 銀行コード【 | 銀行 信用金庫 | 店番号【 | 支店 | 預金の種類 普通・当座 |
| | (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 平 令 年 月 日 | 男 女 | | 同居 別居 | なし / 給与所得者 / 年金受給者 自営業者 / 不動産所得者 / 学生 年収 円 |
| | | 昭 平 令 年 月 日 | 男 女 | | 同居 別居 | なし / 給与所得者 / 年金受給者 自営業者 / 不動産所得者 / 学生 年収 円 |
| | | 昭 平 令 年 月 日 | 男 女 | | 同居 別居 | なし / 給与所得者 / 年金受給者 自営業者 / 不動産所得者 / 学生 年収 円 |