

各事業場健康保険担当者経由

ダイセル健康保険組合 行き

提出日 年 月 日

任意継続被保険者申請書

ダイセル健康保険組合理事長殿

事業所の名称	会社名： _____		
	事業場： _____		
被保険者 氏名と捺印		⑩ 性別	男・女
被保険者 記号－番号	—	生年月日	昭・平・令 年 月 日
住 所	〒 _____ 日中に連絡できる電話番号をお願いします Tel () _____		
被保険者資格喪失年月日	令和 年 月 日(退職日の翌日)		
初回保険料の納付方法	銀行振込		
現金給付振込先銀行口座 (郵貯銀行は不可)	銀行	支店(普・当) No.	
申請の遅れた 場合その理由			

保 険 者 決 定 欄			
任継被保険者証記号・番号	9 8 -		
資格取得年月日	年 月 日	資格喪失予定年月日	年 月 日
資格喪失時の標準報酬月額	千円	決定標準報酬月額(取得時)	千円
決定保険料	円	初回保険料納付期日	年 月 日
不承認の場合その理由			

交付伺		
常務理事	事務長	担当者

受付日	入力日