

任意継続被保険者 資格取得 申出書

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		性別	男・女
現在の被保険者記号－番号	－	生年月日	昭・平・令 年 月 日
退職後の住所	〒 _____ 日中（10時～16時の間）に連絡の取れる電話番号 TEL： _____		
勤務先の資格喪失年月日	(退職日の翌日です) 年 月 日		
初回保険料の納付方法	銀行振込		
給付金などを受取る 被保険者の銀行口座	銀行	支店（普・当）	口座 No.
申出が退職後 20 日 を過ぎた場合、 その理由			
資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		

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