

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

健康保険証の氏名の上  
をご覧ください。

保険組合理事長殿

在籍会社名、勤務地を記入

事業場の名称	会社名： _____		
	事業場： _____		
被保険者氏名と捺印	_____		・女
被保険者記号－番号	—	____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	_____		

退職後に連絡の取れる住所と電話番号

退職日の翌日です

退職後、健保からの給付金が発生した場合に使用します。  
本人口座を記入。

_____				_____	
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