

決定年月日	年	月	日
常務理事	事務長	係	

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

保険料納入方法	毎月納付	半期分一括納付（9月分まで）	全期分一括納付（年度末3月分まで）
---------	------	----------------	-------------------

←希望する納入方法を○で囲んでください。

加入要件を確認しましたので下記の通り任意継続被保険者資格取得を申請します。

令和 年 月 日 提出

健康保険証 (在職中の)	記号		性別	男・女	氏名	フリガナ	生 年 月 日	
	番号						昭和 年 月 日	平成 年 月 日
事業所名称						資格取得日 (現在使用中の被保険者証に記載されている)	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	
事業所所在地						資格喪失日 (健康保険では、退職日の翌日です。)	令和 年 月 日	
住 所	〒 -					在職中(申請前) 被扶養者数	名	任意継続申請後 被扶養者数 (有る場合は被扶養者異動届・扶養に関する添付書類が必要です)
	自宅TEL ( )	FAX ( )	携帯TEL ( )	E-mail :				
銀行名		銀行支店名		支店番号	口座番号			口座名義人(被保険者に限る)
銀行		支店						

◎銀行口座は、高額療養費等給付金の支給や保険料を還付する際に必要ですので、必ずご記入ください。なお、口座からの保険料引き落としは対応していません。

※以下は健康保険組合が記入しますので記入しないでください。

※任意継続 健康保険証	記号	99	番号	※任意継続保険料	一般保険料 介護保険料 合計保険料額	円 円 円	年月分迄 一括納入	一般保険料 介護保険料 合計保険料額	円 円 円	
※退職時月額	千円		※上限月額	千円		※決定月額	千円		※適用年月日	年 月 日

セイコー健康保険組合 〒104-0061 東京都中央区銀座一丁目20番14号 KDX銀座一丁目ビル6階 TEL:03(3564)5480 FAX:03(3564)5489

一 上段太枠内の部分を記入してください。  
二 資格喪失日から二〇日以内に提出してください。

健康保険組合使用欄