

健康保険任意継続被保険者資格取得届

保険証		被保険者氏名 (フリガナ)		性別	生 年 月 日		
記号				男	大 昭 平	年 月 日	歳
番号				女			
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 年 月 日		使用 されて いた 事業所	名称			
標準報酬月額 (記入不要)	千円			住所			
資格喪失時の組合の名称 セディナ健康保険組合			備考 (申請書提出 20 日以上遅滞理由の記入欄)				
保険料の支払方法 (希望□にレ点)	<input type="checkbox"/> 毎月払い (口座振替 26 日) ※「預金口座振替依頼書」を同時送付のこと <input type="checkbox"/> 9 月まで前納 (9～翌年 3 月に資格喪失者は選択不可) <input type="checkbox"/> 3 月まで前納						
退職後の連絡先	〒 住所		電話		携帯		Eメール
注意事項	①「預金口座振替依頼書」提出：毎月払い選択の方は、本書と同時送付。 ②「被扶養者(異動)届」(正副)提出：家族を扶養に入れる方は、同時に送付。 他にご家族の年間収入額を証明する書類(詳細は健保HPを参照)を添付願います。 ③旧保険証返却：退職日の翌日に家族分も含め(品川オフィス)人事部へ返却。 ※関係会社の方は、各社の社会保険担当者へ返却。 ④ 前納の場合：中途退会(国保への切替え、または家族の扶養に入る)の場合は、支払い済みの保険料の返金はいたしません。						
上記のとおり申請します。 尚、任意継続被保険者の喪失後は、保険証をすみやかに返却いたします。また、喪失後に医療機関受診はいたしません。 誤ってその治療費が貴組合に請求があった場合お支払いいたします。 平成 年 月 日 (記入日) セディナ健康保険組合理事長 殿 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">氏名 印</div>							

決定通知伺：上記の方より任意継続被保険者資格取得の申請がありましたので通知してよろしいか。						
資格取得日	昭和・平成	年	月	日	一般保険料	円
資格喪失日	平成	年	月	日	調整保険料	円
任継取得日	平成	年	月	日	介護保険料	円
任継満了日	平成	年	月	日	合計	円

口 座 振 替 処 理
到 着 日
初 回 月

常務理事	事務長	担当