

常務理事	事務長	担当者		記号・番号	月 額	月額保険料
				20-	千円	円

健康保険任意継続被保険者 資格取得申請書



健康保険被保険者証の記号・番号				被保険者氏名	性別	生年月日
記号		番号			男 ・ 女	昭和・平成 年 月 日
資格喪失年月日(退職日の翌日)				資格喪失の際の会社名(○で囲んでください)		
令和 年 月 日				(株)デサント・デサントジャパン(株) デサントアパレル(株)		
2回目以降の保険料納付方法(希望する納付方法の□にチェックを記入)						
<input type="checkbox"/> 月払い <input type="checkbox"/> 半年前納(4~9月分・10~翌年3月分) <input type="checkbox"/> 1年前納(4~翌年3月分)						
備 考						
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 デサント健康保険組合 理事長 殿 住 所 (〒 -) 氏 名 印 (シャチハタ可) 電話番号(日中連絡がとれる番号を記入) () -						

【確認事項】

- ①申請書は、資格喪失日から20日以内にデサント健康保険組合へ提出してください。
(20日を過ぎると加入できませんので、早めに申請してください。)
添付書類 健康保険被保険者証(被扶養者分も含む)

- ②初回(1ヶ月分)の保険料は、任意継続申請時に下記の口座へお振込みをしてください。

申請書送付先 〒556-0017 大阪市浪速区湊町1丁目2番3号 マルイト難波ビル13階
デサント健康保険組合

振 込 先 三井住友銀行 / ^{センバ}船場支店 普通 596827
口座名義：デサント健康保険組合

※振込み手数料は、自己負担となります。
※2回目以降の納付書は、保険証等の送付時に同封いたします。