

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

健康保険被保険者の記号・番号			被保険者氏名	性別	生年月日
記号		番号		男 ・ 女	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)		
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。 年 月 日 デサント健康保険組合 理事長 殿 住民票 住所 (〒 -) 氏 名 電話番号(日中連絡がとれる番号を記入) () -					

2024.12 改定

【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。)
- 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ください。
- ③住民票住所と居所が違う場合、「居所申出書」を添付ください。

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 / 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。