

同 年 月 日	年	月	日
常務	事務長	係	係

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

記入上の注意 「 」印欄は記入しないでください

(規則第15条関係)

健康保険被保険者証の記号及び番号	記号	200	番号		フリガナ					
					被保険者の氏名		歳			
				生年月日	昭平	年	月	日	性別 男・女	
資格喪失の年月日				年 月 日	資格喪失の際の標準報酬月額			千円		
資格喪失の際使用されていた事業所		名称								
		所在地								
資格喪失の際の組合の名称				三重県自動車販売健康保険組合						
保険料納付方法				毎月 ・ 半年前納 ・ 一年前納  いづれかに で囲んで下さい						
被 扶 養 者				氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄			
					昭・平	年 月 日	男・女			
					昭・平	年 月 日	男・女			
					昭・平	年 月 日	男・女			
					昭・平	年 月 日	男・女			
					昭・平	年 月 日	男・女			

上記のとおり申請します。

年 月 日

三重県自動車販売健康組合理事長様

〒

住所

申請者の 氏名

電話

受 付 印

給付金が発生した場合の振込先希望口座 (本人名義でお願い致します)			
銀行名	銀行 本店・支店		
口座番号	普通・当座	No.	
フリガナ			
口座名義			