

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

① 健康保険被保険者証の記号及び番号	記号	〇〇	番号	※	フリガナ	ミエ タロウ		
		200			② 被保険者の氏名	三重 太郎		〇歳
					③ 生年月日	昭平	〇〇年 〇月 〇日	性別 男・女
④ 資格喪失の年月日	平成〇〇年 〇月 〇日			⑤ 資格喪失の際の標準報酬月額	〇〇〇千円			
⑥ 資格喪失の際使用されていた事業所	名称	〇〇〇株式会社						
	所在地	三重県〇〇市〇〇町						
⑦ 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							
⑧ 保険料納付方法	毎月 ・ 半年前納 ・ 一年前納 いずれかに〇で囲んで下さい							
⑨ 被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄				
	三重 花子	昭平 60年 5月 1日	男・女	妻				
		昭平 年 月 日	男・女					
		昭平 年 月 日	男・女					
		昭平 年 月 日	男・女					

(規則第15条関係)

上記のとおり申請します。

平成〇〇年 〇月 〇日

毎月・半年前納・一年前納のいずれかに必ず〇を

三重県自動車販売健康組合理事長様

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

住所

三重県〇〇市〇〇町

申請者の 氏名

三重 太郎



電話

〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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	〇〇銀行 〇〇本店・支店
口座番号	普通・当座 No. 〇〇〇〇〇〇
フリガナ	ミエ タロウ
口座名義	三重 太郎