伺　年　月　日	年　　月　　日		
常務理事	事務長	業務課長	係

（規則第15条関係）

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	○○ / 200	番号	○○ / ※	フリガナ	ミエ　タロウ	
					②被保険者の氏名	三重　太郎	○歳
					③生年月日	昭（○）・平・令　○○年　○月　○日	性別：男（○）・女
④資格喪失の年月日		令和○年　○月　○日			⑤資格喪失の際の標準報酬月額	○○○千円	
⑥資格喪失の際使用されていた事業所	名称	○○○株式会社					
	所在地	三重県○○市○○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　いずれかを○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・令　60年　5月　1日	男・女（○）	妻
		昭・平・令　年　月	男・女	
		昭・平・令　年　月	男・女	
		昭・平・令　年　月	男・女	
		昭・平・令　年　月	男・女	

毎月・半年前納・一年前納のいずれかに必ず○

上記のとおり申請します。

令和○年　○月　○日

三重県自動車販売健康組合理事長様

〒　○○○－○○○○

住所　三重県○○市○○町

申請者の　氏名　三重　太郎　㊞

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	ミエ　タロウ		
口座名義	三重　太郎		