

※ 決 定 伺	年 月 日 起 案		常務理事	事務長	課長	係	
	資 格	取 得 日	・	・			
		喪 失 日	・	・			
	喪失時報酬月額		千円	第一回保険料納付日	・	・	
	任継標準報酬月額		千円	任継資格取得日	・	・	
	健康保険料		円	任継資格喪失予定日	・	・	
	調整保険料		円	任意継続被保険者番号			
	介護保険料		円	被扶養者	有 () ・ 無		
	子ども・子育て支援金		円				
	合計納付額		円				

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

被 保 険 者	記 号		氏 名	(S ・ H)	年 月 日 生	男 ・ 女
	番 号					
資 格 喪 失 日 (退職日の翌日を記入)	年 月 日		資 格 を 喪 失 し た 際 の 標 準 報 酬 月 額	千円		
勤務していた事業所	名 称					
	所 在 地					
資格確認書発行要否	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要					
給付金の振込希望銀行口座名						
銀行名(銀行コード)	()	支店名(支店番号)	()			
口座名義人(カナ)			口 座 番 号			
被 扶 養 者	有 () ・ 無		備 考			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>神奈川県自動車販売健康保険組合</p> <p>理事長 殿</p> <p>電 話 ()</p> <p>携 帯 ()</p>						

被保険者のマイナンバー記載欄

・被保険者証の記号番号がご不明の場合に記入してください。

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

※欄は健康保険組合事務処理欄ですので記入しないでください。