

※ 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	☒ 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 (普 ・ 当)			
被 扶 養 者	有 () ・ 無		備 考			
上記のとおり申請します。 年 月 日 〒 住 所 氏 名 電 話 () 携 帯 () 神奈川県自動車販売健康保険組合 理事長 殿						

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。