

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	課長	担当者

※ 太枠内をご記入ください。

健康保険被保険者証 の記号番号	9001 第 号	
資格喪失年月日	令和 年 月 日	資格喪失の際の 標準報酬月額 千円
資格を喪失した際に使用 されていた事業所の	名称	
	所在地	
備考		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

神奈川県自動車整備健康保険組合
理事長様

申請者	携帯番号	
	ご自宅の電話番号	
	住所	〒
	フリガナ	
	氏名	