

※ 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	
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		
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。
- 上記の銀行口座は、当健康保険組合からの給付金等を送金するための銀行口座です。保険料の自動払込制度をご利用の場合には別途申請書で手続きしてください。(自動払込制度はゆうちょ銀行のみになります)