

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。

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	健康保険の記号番号	記号	番号
	名 称		
資 格 確 認 書 発 行 要 否 ※	<input type="checkbox"/> 発行が必要	備 考	

※資格確認書の交付が必要な場合は、□にチェックをしてください。

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	