

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 123	番号 4567
	名称	関内自動車株式会社	
資格確認書発行要否 ※	<input checked="" type="checkbox"/> 発効が必要	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 6 年 12 月 2 日

神奈川県自動車整備健康保険組
理事長様

申請者	携帯番号	090-1234-0000
	ご自宅の電話番号	045-987-□□□□
	住所	〒231-0000 横浜市中区〇〇町△-△-△
	フリガナ	セイビ ダイスケ
	氏名	整備 大輔