

伺	常務理事	事務長	課 長	担 当
い				

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

※ 98 —		※欄は記入しないでください。		
退職前の 被保険者	記号	番号	資格喪失年月日 (退職日の翌日です)	年 月 日
勤務していた 事業所				退職時の 標準報酬月額 千円

保険料の納付 について (必ずご確認ください。)	① 初回の保険料を納付期限までに納付できなかった場合は、任意継続の資格取得申請が取消しされます。 ② 2回目以降の保険料を納付期限までに納付できなかった場合は、健康保険法第38条3号により、任意継続の資格が喪失となります。 以上のことを確認しました。 署名 _____
------------------------------------	---

上記のとおり申請します。

※資格確認書の発行が必要な場合は「健康保険資格確認書交付申請書」を添付してください。

年 月 日

資格確認書 発行要否	※ ☐ 発行が必要 資格確認書の発行が必要な場合はチェックを入れてください。
住 所	〒 -
TEL	() —
携帯電話	— —
メールアドレス	
氏 名	(フリガナ) _____
生年月日	年 月 日 歳

静岡県自動車販売健康保険組合理事長 様

【注意事項】

- この申請書は、資格喪失日（退職の翌日）から**20日以内**に必ず提出してください。
- 引き続きご家族を扶養に入れる場合は「**健康保険被扶養者異動届**」を添付してください。
- 保険料の納付方法は銀行振込となります。納付設定が必要なため、日中連絡が取れる電話番号等をご記入ください。
- 保険料は退職時の標準報酬月額で決定します。ご不明な場合は、お問い合わせください。

TEL 054-286-5295