

常務理事	事務長	担当者	担当者

通知	年月日	納入日	年月日
指定日	年月日	証交付日	年月日

資格取得	年月日	資格喪失 任継取得	年月日
標準報酬 月額	喪失時 千円	決定 千円	保険料 円

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

健康保険任意継続 被保険者記号番号		① 生 年月日	② 任意継続 資格取得年月日	③ 任意継続 資格喪失予定年月日	④ 標準報酬月額
※	任継	※	1. 明 年 月 日 2. 大 3. 昭	年 月 日	※ 年 月 日
⑤ 郵便 番号		フリガナ			
⑥ 申請者の住所	(電話 —)				
⑦ 申請者の 氏名・印	フリガナ	⑧ 性別			
		⑨ 印	1. 男 2. 女		
最後に被保険者として使用されていた事業所	名称	所在地			
	健康保険被保険者証の記号番号	資格喪失年月日 年 月 日	資格喪失の際の組合の名称 富山県自動車販売店健康保険組合		
備考					

◎※欄は記入しないで下さい

受付日付印

平成 年 月 日 提出