

|      |     |     |     |
|------|-----|-----|-----|
| 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<br>任継取得 | 年 月 日      |
| 標準報酬<br>月 額 | 喪失時<br>千円 | 決 定<br>千円    | 保 険 料<br>円 |

### 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

◎※欄は記入しないで下さい

|                          |                       |                            |                                |                  |
|--------------------------|-----------------------|----------------------------|--------------------------------|------------------|
| 健康保険任意継続<br>被保険者記号番号     | ①<br>生 年 月 日          | ② 任 意 継 続<br>資 格 取 得 年 月 日 | ③ 任 意 継 続<br>資 格 喪 失 予 定 年 月 日 | ④<br>標 準 報 酬 月 額 |
| ※<br>任 継                 | 年 月 日<br>1. 昭<br>2. 平 | 年 月 日                      | ※ 年 月 日                        |                  |
| ⑤ 郵便<br>番 号              | フリガナ                  |                            |                                |                  |
| ⑥ 申請者の住所                 | (電話 — )               |                            |                                |                  |
| ⑦ 申請者の<br>氏 名 ・ 印        | フリガナ                  | ⑧ 性別                       |                                |                  |
|                          | 印                     | 1. 男<br>2. 女               |                                |                  |
| 最後に被保険者として使用されていた<br>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              | 資 格 喪 失 の 際 の 組 合 の 名 称        |                  |
|                          |                       | 年 月 日                      | 富山県自動車販売店健康保険組合                |                  |
| 備 考                      |                       |                            |                                |                  |

受付日付印

平成 年 月 日 提出