

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

◎※欄は記入しないで下さい

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	年 月 日 1. 昭 2. 平	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		
	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	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