

常務理事	事務長	担当者	担当者

通知	年月日	納入日	
指定日	年月日	証交付日	年月日

記入例

**健康保険任意継続被保険者資格取得申請書**

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

◎※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 50.12.15	年月日 平成 29.1.1	※ 年月日	300,000円	
⑤ 郵便 番号	930-0992	フリガナ	トヤマシンジョウマキアザババ		
⑥ 申請者の住所	富山市新左町字馬場18-8 (電話 424-3322)				
⑦ 申請者の 氏名・印	フリガナ ケンポ タロウ	⑧ 性別			
	健保太郎 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	〇△×株式会社	所在地	富山市田中町123	
	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		
	21-123	平成 29.1.1	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