

資格	取得年月日	H R	年	月	日	決 定	記号番号	2 1 0 -			常務理事	事務長	課長	係	担当	
	喪失年月日	R	年	月	日		喪失予定	R	年	月	日					
	資格喪失時の標準報酬月額						標準報酬月額	千円								

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

資格喪失時の記号番号	記号	番号	生年月日	昭和・平成		年	月	日	
申出者のマイナンバー記入欄									
資格喪失年月日	令和				年	月	日 (退職日の翌日)	資格喪失時の標準報酬月額	千円
資格喪失の際使用されていた事業所	所在地				被扶養者の有無		有 ・ 無		
	名称				添付書類の有無		有 ・ 無		
保険料の支払方法	・ 毎月納付 ・ 半年納付 ・ 1年納付 ※毎月納付、半年納付、1年納付のいずれかを○でかこんでください。 (保険料の口座振替はできません。)								
給付金振込口座 (金融機関番号・支店番号)	金融機関名		金融機関番号		支店名		支店番号		
	銀行 信金 信組 農協				支店				
	普通 ・ 当座	口座番号					※ 申出者本人名義の口座に限ります。		
	No.								

上記のとおり申出します。

※ 保険料の口座振替はできません。

令和 年 月 日

申出者

受付日付印

住民票住所	〒 - -		
居所住所	〒 - -		
フリガナ氏名			
TEL	-	-	
携帯	-	-	

- ※ この申請書は資格喪失日（退職日の翌日）から20日以内に兵庫自動車販売店健康保険組合に初回分（第1回目）の保険料を添えて提出してください。
- ※ マイナンバー通知書カード又はマイナンバーカード及び運転免許証等の本人確認ができる書類を提示されるか、それぞれ写しを添付してください。