

資格	取得年月日	H R	年	月	日	決定	記号番号	210-	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	千円					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。)						資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
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。