

同 年 月 日	年	月	日
常務理事	事務長	業務課長	係

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

記入上の注意 「※」印欄は記入しないでください

(規則第15条関係)

① 健康保険被保険者証の記号及び番号	記号	200	番号 ※	フリガナ					
	② 被保険者の氏名			歳					
				③ 生年月日	昭平令	年	月	日	性別 男・女
④ 資格喪失の年月日			年	月	日	⑤ 資格喪失の際の標準報酬月額		千円	
⑥ 資格喪失の際使用されていた事業所		名称							
		所在地							
⑦ 資格喪失の際の組合の名称		三重県自動車販売健康保険組合							
⑧ 保険料納付方法		毎月 ・ 半年前納 ・ 一年前納 いくつかは○で囲んで下さい							
⑨ 被扶養者		氏名	生年月日	性別	続柄				
			昭・平・令 年 月 日	男・女					
			昭・平・令 年 月 日	男・女					
			昭・平・令 年 月 日	男・女					
			昭・平・令 年 月 日	男・女					
			昭・平・令 年 月 日	男・女					

上記のとおり申請します。

年 月 日

三重県自動車販売健康組合理事長様

〒

住 所

申請者の 氏 名

電 話

携帯電話

受 付 印

給付金が発生した場合の振込先希望口座 (本人名義でお願い致します)		
銀行名	銀行	本店・支店
口座番号	普通・当座	No.
フリガナ		
口座名義		