

同 年 月 日		年 月 日	
常務理事	事務長	係	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

① 健康保険被保険者等記号及び番号	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
資格確認書発行要否		☐ 発行が必要		資格確認書の発行理由 下記⑩の⑦～⑨を記入		発行理由()		
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 いずれかに○で囲んで下さい						
⑨ 被扶養者	氏 名		生 年 月 日		性 別	続 柄	資格確認書発行要否	発行理由 下記の⑩の⑦～⑨
			昭・平・令 年 月 日		男 ・ 女		☐ 発行が必要	
			昭・平・令 年 月 日		男 ・ 女		☐ 発行が必要	
			昭・平・令 年 月 日		男 ・ 女		☐ 発行が必要	
			昭・平・令 年 月 日		男 ・ 女		☐ 発行が必要	
⑩ 資格確認書発行要否			資格確認書の発行が必要な場合(※)は「 ☐ 発行が必要」にチェックを入れ、発行理由(⑦～⑨)を記入してください。 ※以下に該当する場合に限りです。 ⑦マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者 ⑧マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者 ⑨マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者					

上記のとおり申請します。

年 月 日

三重県自動車販売健康保険組合理事長様

〒

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	