

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	〇〇	番号	※	フリガナ	ミエ タロウ	
		200		② 被保険者の氏名	三重 太郎	〇歳	
				③ 生年月日	昭平令 〇〇年 〇月 〇日	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		令和〇年 〇月 〇日		⑤	資格喪失の際の 標準報酬月額	〇〇〇千円	
⑥ 資格喪失の際使用 されていた事業所	名称	〇〇〇株式会社					
	所在地	三重県〇〇市〇〇町					
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
	三重 花子	昭平令 60年 5月 1日		男・女	妻	☐ 発行が必要	
	毎月・半年前納・一年前 納のいずれかに必ず○	年 月 日		男・女		☐ 発行が必要	
		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ます。 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。

令和〇年 〇月 〇日

三重県自動車販売健康保険組合理事長様

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

住所 三重県〇〇市〇〇町

申請者の氏名 三重 太郎

電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

携帯電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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	〇〇 銀行 〇〇 本店・支店
口座番号	普通・当座 No. 〇〇〇〇〇〇
フリガナ	ミエ タロウ
口座名義	三重 太郎