伺い	常務理事	事務長	課 長	主 任	担 当

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

※ 98 ―	･･･※欄は記入しないでください。

（１）	健康保険被保険者証の記号・番号		―
（２）	資格喪失年月日 （退職日の翌日です）		平成 年 月 日
（３）	資格喪失時の年齢		歳
（４）	資格喪失の際の標準報酬月額		千円
（５）	資格喪失の際使用されていた事業所	所在地	
		名称	
（６）	資格喪失の際の健康保険組合の名称		静岡県自動車販売健康保険組合

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

申請者の住所 〒

住 所

ＴＥＬ（ ） ―

携帯電話 ― ―

フリガナ

氏 名 印

生年月日（昭和・平成） 年 月 日生

※ご注意ください。

1、この申請書は、資格喪失日（退職の翌日）から20日以内に必ず提出してください。

2、保険料は全額負担になります。（いままでは、事業主が半額負担していました）

3、保険料は、健保組合が指定した日までに必ず納付してください。
指定した日までに納付されなかった場合、健康保険法により任意継続被保険者としての資格がなくなりますのでご注意ください。