

**記入例**

|      |     |    |   |
|------|-----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係長 | 係 |
|      |     |    |   |

様式第5号の4(規則第15条)

|           |
|-----------|
| 任継記号 - 番号 |
| 200 -     |

|              |          |
|--------------|----------|
| 組合の標準報酬月額平均額 | 千円       |
| 標準報酬月額決定額    | 千円       |
| 任継資格の喪失予定年月日 | 令和 年 月 日 |

**健康保険任意継続被保険者資格取得申請書**

|                   |  |            |    |                    |                                      |
|-------------------|--|------------|----|--------------------|--------------------------------------|
| ①健康保険被保険者証の記号番号   | 記号   | 100        | 番号 | 9999               |                                      |
| ②被保険者氏名・性別        | 健保 太郎  |            |    | 性別                 | <input checked="" type="radio"/> 男・女 |
| ③生 年 月 日          | <input checked="" type="radio"/> 昭和・平成 50年 1月 1日 |            |    |                    |                                      |
| ④資格喪失の年月日         | 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日                                   |            |    |                    |                                      |
| ⑤資格喪失の際の標準報酬月額    | 〇〇〇 千円   |            |    | 月額がわからない時は健保で記入します |                                      |
| ⑥資格喪失の際使用されていた事業所 | 名称   | 〇〇株式会社     |    |                    |                                      |
|                   | 所在地  | 〇〇市〇〇町〇〇番地 |    |                    |                                      |
| ⑦資格喪失の際の組合の名称     | 岐阜県自動車販売健康保険組合                                   |            |    |                    |                                      |
| ⑧備考               |  |            |    |                    |                                      |

※ 備考欄には、資格喪失の際使用されていた事業所において、喪失前の被保険者期間が1年未満である場合は、その以前に勤務していた事業所の名称、所在地及び健康保険を扱っていた社会保険事務所(健保組合)名を記入してください。

岐阜県自動車販売健康保険組合理事長 殿

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

↑  
**申請日を記入してください**

|     |      |            |       |      |  |
|-----|------|------------|-------|------|--|
| 申請者 | 〒    | 111 - 2222 |       |      |  |
|     | 住所   | 〇〇市〇〇町〇〇番地 |       |      |  |
|     | フリガナ | ケンボ タロウ    |       |      |  |
|     | 氏名   | 健保 太郎      |       |      | <input checked="" type="radio"/> 健保印     |
|     | 電話   | < 123 >    | 456 - | 7890 | FAX <input checked="" type="radio"/> 有 無 |