

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		番号	
②被保険者氏名・性別			性別	男・女
③生 年 月 日		昭和・平成	年 月 日	
④資格喪失の年月日		令和	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	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

申請者	〒	-	
	住所		
	フリガナ		
	氏名		
	電話	自宅	-
携帯		-	-