

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	男・女
③生 年 月 日	昭和・平成 54年 8月 8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		
	電話	自宅	123 - 456 - 7890	
携帯		- - -		