

提出先：健保（申請者→健保）

伺年 月 日	令和 年 月 日
任継申請年月日	令和 年 月 日
資格喪失年月日	令和 年 月 日
任継保険証番号	8001

常務理事	事務長	担当	担当

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失届	健康保険証 記号-番号	記号	番号
	資格喪失年月日	令和 年 月 日 ※資格喪失年月日は退職日の翌日になります	
	標準報酬月額	千 円	
	在籍時 事業所	名称	所在地
任継希望健保支部	本部 東京 群馬 宇都宮		
任継保険料納付方法 ご希望の納付方法に○をつけてください。	自動振替	毎月口座引落し	
	半期前納	4月(又は任継加入月)～9月までと 10月(又は任継加入月)～3月(年度末)までの年2回払い	
	通期前納	4月(又は任継加入月)～3月(年度末)までの年1回払い	
備考	※他支部を希望する場合は理由を記入		

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

SUBARU健康保険組合 殿

※すべての欄にご記入ください。

申請者	住所	〒 都道府県		
	フリガナ			
	署名(自筆)			
	連絡先 (健保からの連絡に使用 します。該当する欄に ご記入ください)	自宅電話	—	—
		携帯電話	—	—
		F A X	—	—
E-mail				
本人名義 給付金振込口座 (銀行・支店コード)	銀行	支店	普通 (口座No.)	

※ゆうちょ銀行、ネット銀行はご指定いただくことができません