

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	1001	番号	12345
	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	380 千 円			
	在籍時 事業所	名称	(株)SUBARU		
		所在地	東京都新宿区西新宿1-7-2		
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 13 年 4 月 1 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	〒 123-4567 東京 都道府県 新宿区西新宿1-2-3			
	フリガナ	フジ シゲコ			
	署名(自筆)	富士 重子			
	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	03	1234	5678
		携帯電話			
FAX					
E-mail					
本人名義 給付金振込口座 (銀行・支店コード)	三井住友信託 銀行 新宿 支店 普通 (口座No. 123456) (291) (250)				

※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