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	
任継保険記号番号	800□	

常務理事	事務長	担当	担当

SUBARU健康保険組合　殿

令和　　年　　月　　日

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

以下すべての欄にご記入ください

被保険者の記号-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
在籍時事業所	名　称			
	所在地			
フリガナ				
署名（自筆）				
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日　（　　才）			
住　所	〒 都道府県			
連絡先 （健保からの連絡に使用します）	自宅電話	ー　　ー		
	携帯電話	ー　　ー		
	ＦＡＸ	ー　　ー		
	E-mail			
任継保険料納付方法* ご希望の納付方法に〇をつけてください。 ＊保険料納付方法は加入後に変更できません。	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			
【振込口座】 本人名義に限る 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			
資格確認書の要否	□　発行が必要　（マイナ保険証をお持ちの方は不要になります）			
任継希望健保支部	本部　　東京　　群馬　　宇都宮			
備　　考	※他支部を希望する場合は理由を記入			

上記の通り申請いたします。

20250401改