資格		
	取得年月日	H R　　年　　月　　日
	喪失年月日	R　　年　　月　　日
	資格喪失時の標準報酬月額	千円

決定		
	記号番号	２１０－
	喪失予定	R　　年　　月　　日
	標準報酬月額	千円

常務理事	事務長	課長	係	担当

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

資格喪失時の記号番号	記号		番号		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
申出者のマイナンバー記入欄						
資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日（退職日の翌日）				資格喪失時の標準報酬月額	千円
資格喪失の際使用されていた事業所	所在地				被扶養者の有無	有　・無
	名称				添付書類の有無	有　・無
保険料の支払方法	・毎月納付　　・半年納付　　・１年納付 ※毎月納付、半年納付、１年納付のいずれかを○でかこんでください。（保険料の口座振替はできません。）				資格確認書発行要否	□ 必要 □ 不要

給付金振込口座（金融機関番号・支店番号）	金融機関名	金融機関番号	支店名	支店番号
	銀行 信金 信組 農協		支店	
	普通・当座	口座番号 No.		※ 申出者本人名義の口座に限ります。

上記のとおり申出します。

※　保険料の口座振替はできません。

令和　　年　　月　　日

申出者

受付日付印

住民票住所	〒　　－
居所住所	〒　　－
フリガナ	
氏名	
ＴＥＬ	－　　－
携帯	－　　－

※　この申請書は資格喪失日（退職日の翌日）から２０日以内に兵庫自動車販売店健康保険組合に初回分（第１回目）の保険料を添えて提出してください。

※　マイナンバー通知書カード又はマイナンバーカード及び運転免許証等の本人確認ができる書類を提示されるか、それぞれ写しを添付してください。