

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	業務課長	係長	担当者

○ 申請前にご確認ください。

任意継続の加入には、被保険者期間が継続して2ヶ月以上ある必要があります。
この申請書は資格喪失日(会社を退職した翌日)より起算して20日以内に提出して下さい。
提出先は、宮城県自動車販売健康保険組合です。

○ なお、初回保険料が納付期日まで納付されなかった時、納付の遅延に正当な理由がないときは資格取得がないものとみなします。また、2回目以降保険料を納付期日まで納付しない時は資格喪失となります。ご注意下さい。

① 資格喪失時の健康保険被保険者整理記号・番号		② ※ 任意継続被保険者整理記号・番号		③ 氏 名		④ 性 別		⑤ 生 年 月 日					
—		100 —		フリガナ		男 ・ 女		昭和 平成 年 月 日					
⑥ 郵便番号		⑦ 住 所				⑧ 電 話 番 号							
—		市 区 町 村				() —							
⑨ 最 後 に 被 保 険 者 と し て 使 用 さ れ た 事 業 所 名 称 ・ 所 在 地													
名 称					所 在 地								
⑩ 被扶養者の氏名等を記入してください。													
氏 名		生 年 月 日		続 柄		氏 名		生 年 月 日		続 柄			
1	フリガナ	昭和 平成 令和				3	フリガナ	昭和 平成 令和					
2	フリガナ	昭和 平成 令和				4	フリガナ	昭和 平成 令和					
⑪※ 資 格 取 得 年 月 日			⑫※ 標 準 報 酬 月 額			⑬※ 前 資 格 取 得 年 月 日			⑭※ 前 資 格 喪 失 年 月 日			⑮※ 前 標 準 報 酬 月 額	
令 和 年 月 日			千 円			S H R 年 月 日			R 年 月 日			千 円	
⑯ 希 望 納 付 方 法 (未記入の場合は毎月納付となります)		毎月納付 ・ 半年分納付 ・ 1年分納付					⑰ 資 格 確 認 書 発 行 要 否		□発行		受付日付印		

◎「※印」欄の記入はしないで下さい(②及び⑪～⑮欄)。
◎申請者本人の住民票原本を1部添付して下さい。(家族分は不要です)