

健康保険 任意継続被保険者資格取得申出書

資格喪失された 保険証の 記号-番号	—	氏 名		男・女
		生年月日	昭・平	年 月 日
自宅住所	〒 —			
電話番号				
	自宅Tel — —		携帯Tel — —	
勤務していた 事業所名称			資格喪失日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日
保険料納付方法(次のいずれか一つを☑選択してください)				
☐ 毎月払い		☐ 半年前納		☐ 1年前納
※年度の途中で加入されたときは、半年前納の場合 9 月または 3 月まで、1 年前納の場合 3 月までのまとめ払いとなります。 ※口座自動引き落としはありません。				
(備考)				

被扶養者 (被扶養者として継続する方を記入してください)

氏 名	生年月日	性別	続柄	職 業	年 間 収 入	同居別居
	昭平令 / /	男 女			万円	同居・別居
	昭平令 / /	男 女			万円	同居・別居
	昭平令 / /	男 女			万円	同居・別居
	昭平令 / /	男 女			万円	同居・別居
	昭平令 / /	男 女			万円	同居・別居

長野県卸商業団地健康保険組合

受付日付印