

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

健康保険被保険者証の	記号								
	番号								
資格喪失年月日	平成・令和	年	月	日	資格喪失の際の標準報酬月額				
資格喪失の際使用 されていた事業所	名称				保険料の貯金口座 振替希望の有無				
	所在地					有・無			
現金給付金（保険給付金） 振込希望銀金融機関名 <small>（どちらか一方にご記入ください）</small>	以外の金融機関 ゆうちょ銀行	銀行	本店 支店	ゆう ちょ 銀行	〈他行からの振込専用の店名・口座番号〉				
		信用金庫			店名（漢数字3文字）				支店
		信用組合	（普通・貯蓄・当座）						
		（普通・当座） 口座番号			口座番号				
備考									

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

神奈川県電子電気機器健康保険組合 殿

〒

フリガナ

申請者住所

(電話)

フリガナ

申請者氏名

印

(注) 住民票を添付してください。

※家族がいる場合は「世帯全員（続柄の省略の無いもの）の住民票」を添付してください。

神奈川県電子電気機器健康保険組合