

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	0000	
	番号	0000	
資格喪失年月日	平成・令和	30年1月5日	資格喪失の際の標準報酬月額
			000 千円
資格喪失の際使用 されていた事業所	名称	0000 株式会社	
	所在地	00県00市00町1-1	
現金給付金（保険給付金） 振込希望銀金融機関名 （どちらか一方にご記入ください）	以外の金融機関 ゆうちょ銀行	00 銀行 00	本店 支店 ゆうちょ銀行
		信用金庫	
		信用組合	
		(普通・当座)	
口座番号		1 2 3 4 5 6 7	
備考			

上記のとおり申請します。

令和30年1月5日

神奈川県電子電気機器健康保険組合 殿

〒 000-000

フリガナ 00ケン00シ△△マチ

申請者住所 00県00市△△町6-6

(電話 000-000-0000)

フリガナ ニホン タロウ

申請者氏名 日本 太郎 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