

<記入例>

担 当	課 長	事務長	常務理事
-----	-----	-----	------

## 健康保険 任意継続被保険者資格取得申出書

スズキ健康保険組合理事長 殿

被保険者証 記号番号	XX - XXXXX	任意継続被保険 者証の記号番号	91 -	
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成・令和 4年10月 1日	資格喪失時の 標準報酬月額	280 千円	
資格喪失の際 使用されていた 事業所	名 称	株式会社スズキ自販〇〇	資格取得年月日	
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇	昭和・平成・令和 25年 4月 1日	
資格喪失の際の健康保険組合の名称		スズキ健康保険組合		
資格喪失の 際被扶養者 であった者	氏 名	生 年 月 日	続柄	備 考
		年 月 日		
		年 月 日		
保 険 料 の 納付方法 *1	① 前納 (3月末迄一括 ・ 9月末迄と3月末迄を分割)、 ② ゆうちょ自動引落、 ③ 静岡労金自動引落、 ④ ご自身で振込む、 ⑤ その他 ( )			
備 考				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 XXX-XXXX  
住 所 〇〇県〇〇市△△町△-△

氏 名 鈴木 一郎 (印)

生年月日 昭和・平成 60年 1月 1日 才

自宅TEL ( ) -

日中のご連絡先 ( ) -

E-mail

\*1: 保険料の払込方法は、別紙「保険料の納付方法」をご参照の上、ご希望されるものに○印をお願いします。

※この申出書は、資格喪失日（退職日の翌日）から20日以内に健保に届くよう提出してください。