

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請書

スズキ健康保険組合理事長 殿

被保険者証 記号番号	1 - 33333		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)	平成〇〇年 4月 1日		資格喪失時の 標準報酬月額	500 千円	
資格喪失の際 使用されていた 事業所	名 称	スズキ株式会社		資格取得年月日	
	所在地	浜松市高塚町300		昭和・平成〇〇年 3月 25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	性別	生 年 月 日	続柄	備 考
	健保 花子	女	〇〇年 6月 8日	妻	
			年 月 日		
			年 月 日		
備 考					

上記のとおり申請します。

平成〇〇年 4月 1日

〒 431-0211
住 所 浜松市西区舞阪町2925-1
氏 名 健保 太郎 印
生年月日 昭和・平成 〇〇年 4月 2日 60才
自宅TEL (053) 596 - 1581
日中のご連絡先 () -
FAX () -
E-mail :

※この申請は、資格喪失日（退職日の翌日）から20日以内に提出してください。