

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	—		任意継続被保険 者証の記号番号	9 1 —	
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成	年	月	日	千円
資格喪失の際 使用されていた 事業所	名 称				資格取得年月日
	所在地				昭和・平成
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
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
備 考					

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

〒

住 所

氏 名

㊟

生年月日 昭和・平成 年 月 日 才

性 別 男 ・ 女

自宅TEL () —

日中のご連絡先 () —

F A X () —

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。