

※ 資 格	取 得 昭 和 年 月 日 平 成
	喪 失 平 成 年 月 日
	喪失時の報酬 千円

※ 決 定	任 継 号
	喪失予定 平 成 年 月 日
	標 準 報 酬 千円

常務理事	事務長	課 長	係	伺

処理日 平成 年 月 日  
調 定 平成 年 月

※ 受付印

## 任意継続被保険者資格取得申出書

注 ※印の入っている欄は記入しないでください。  
個人番号（マイナンバー）の記載を希望される被保険者は、備考欄に記入してください。個人番号を記載された場合は、個人番号確認と身元確認の  
できる書類（個人番号カードの写し等）の添付が必要です。

健康保険の記号番号	—	生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日
資格喪失の年月日	平成 年 月 日	資格喪失時の標準報酬月額	千円	
資格喪失の際使用されていた事業所	所 在 地	市 区 町		
	事業所名称			
資格喪失の際の保険者	名 称	神戸貿易健康保険組合		
備 考		保 険 料 の 納 付 方 法	<input type="checkbox"/> 毎 月	<input type="checkbox"/> 前 納 半 年
			<input type="checkbox"/> 前 納 1 年	

上記のとおり申出いたします。

平成 年 月 日

郵便番号 -  
住 所  
申出者 電 話 ( - - )

氏 名 ⑩