

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

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

常務理事	事務長	課長	係	※ 伺

処理日 令和 年 月 日
調定 令和 年 月

※ 受付印

任意継続被保険者資格取得申出書

健康保険の記号番号	—	生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成
資格喪失の年月日	令 和 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	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	
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	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 <input type="checkbox"/> 備考

上記のとおり申出いたします。

令和 年 月 日

住民票住所 〒

居 所 〒

申出者 電 話 (- -)

氏 名

※印の入っている欄は記入しないでください。
(注意)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。