

伺年 月 日	平成	年	月	日
任継申請年月日	平成	年	月	日
資格喪失年月日	平成	年	月	日
任継保険証番号	8001			

常務理事	事務長	担当	担当

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失届	健康保険証 記号—番号		記号		番号		
	資格喪失年月日		平成		年	月 日	
	標準報酬月額		千 円				
	在籍時 事業所	名 称					
所在地							
任継希望健保支部			本部 東京 埼玉 群馬 宇都宮				
任継保険料納付方法 ご希望の納付方法に ○をつけてください。			自動振替		毎月口座引落し		
			半期前納		4月(又は任継加入月)～9月までと 10月(又は任継加入月)～3月(年度末)までの年2回払い		
			通期前納		4月(又は任継加入月)～3月(年度末)までの年1回払い		
備 考			※他支部を希望する場合は理由を記入				

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

富士重工業健康保険組合 殿

申 請 者	住 所	〒 都道府県			
	フリガナ				
	氏 名	印			
	連 絡 先	自宅電話		—	—
		携帯電話		—	—
		F A X		—	—
E-mail					
本人名義 給付金振込口座 (銀行・支店コード)	銀行 () 支店 () 普通 (口座No.)				