届出コード		
2	3	1

決定伺	常務理事	事務長	課 長	課長代理	係 長	担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

任意継続被保険者等番号

年　月　日

静岡県信用金庫健康保険組合理事長　殿

申請者の住所

〒

申請者の氏名

下記のとおり申請します。

申請者の性別 生年月日 電話番号	性別	男・女	生年月日	昭和 平成　年　月　日 令和	電話番号	**※平日昼間に連絡がつく番号** (　　) 自宅・携帯・その他(　　)

資格喪失の際の事項	事業所の名称	事業所の住所	標準報酬月額
			千円

被保険者等記号・番号	資格取得年月日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	被扶養者の有無
・	昭和 平成　年　月　日 令和	令和　年　月　日	有・無

保険料前納希望の有無 (有無どちらかに○を付して下さい)	有	1　1年前納(資格取得月の翌月から毎年年度末まで) 2　半年前納(資格取得月の翌月から9月分まで・資格取得月の翌月から3月分まで) (上の1.2どちらかに○を付けて下さい)
	無	資格取得月の翌月から毎月払い

保険給付金　振込希望口座

信用金庫名・本支店名	預金種目	口座番号
金庫・　　店	普通・当座	
金融機関コード	名義人(カタカナ)	

注）資格喪失後20日以内に提出して下さい。
被扶養者のいる方は被扶養者届(必要に応じて添付書類)も必要です。

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をされる場合は備考欄にご記入ください。
マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
※記号番号を記入した場合は添付書類は不要です。

〔備考〕

受付日付印

静岡県信用金庫健康保険組合