

常務	部長	課長	係長	係

(記入例)

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

被保険者(申出者)記入用

取

- 任意継続制度に加入するためには、継続して2ヶ月以上の被保険者期間が必要です
- この申出書は資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内に当組合へ提出(必着)してください。
なお、20日目が土・日・祝日の場合は、翌営業日が提出期限となります。

(※)印欄は記入しないでください

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 提出

被 保 険 者 情 報	(※)任意継続被保険者証の 記号	8000	番号	生年月日		
	氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 <input type="checkbox"/> 令和	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 千葉 都 道 府 県 〇〇市〇〇町1-1		〇〇マンション 〇〇号室		
	被扶養者の申請	<input checked="" type="checkbox"/> 有り → 有りの場合、被扶養者(異動)届に必要な書類を添えて提出してください <input type="checkbox"/> 無し				
	(※)任意継続資格取得年月日	(※)任意継続資格喪失予定年月日	(※)標準報酬月額			
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	千円			

資 格 喪 失 時 の 内 容 に つ い て	旧被保険者証の記号番号	資格取得年月日	資格喪失年月日(退職日の翌日)
	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 <input type="checkbox"/> 令和	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	事業所の名称	事業所の所在地	
	医療法人社団〇〇会 〇〇〇病院	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 千葉県〇〇市〇〇区〇〇1-2	
備 考			

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印

- 任意継続制度の加入手続きに関する詳細及びご不明な点は、組合までお問い合わせください

[お問い合わせ先]

千葉県医業健康保険組合 管理課 TEL043-241-8514