

常務	部長	課長	係長	係

# 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



- 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 年 月 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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		
	氏名・印 (フリガナ)			性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所 電話番号 (日中の連絡先) TEL ( )	都道 府県 ( )		
	被扶養者の申請 <input 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 令和 年 月 日	(※)任意継続資格喪失予定年月日 令和 年 月 日	(※)標準報酬月額 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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	資格喪失年月日(退職日の翌日) 令和 年 月 日
	事業所の名称		事業所の所在地 (〒 — )
	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