

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

この申請書は、被保険者が会社を退職した日の翌日から20日以内に届出して下さい。
ただし、保険者が正当な理由があると認められたときは、この期間を経過した後の申出
であっても受理できます。

※新被保険者証記号番号	旧被保険者証記号番号	被保険者氏名		性別
3000 -	-	(フリガナ)		男・女
生年月日	被保険者の住所			
昭和・平成・令和 年 月 日	〒	-	電話 ()	
資格喪失の際に使用されていた事業所				
名称		所在地		
資格取得年月日	資格喪失年月日	標準報酬月額		
昭和・平成・令和 年 月 日	令和 年 月 日	千円		
※資格取得年月日	※資格喪失予定年月日	被扶養者の有無		
令和 年 月 日	令和 年 月 日	有 ・ 無		
備考				

(千葉県トラック健康保険組合)

令和 年 月 日提出

上記のとおり申請致します。

注1 被扶養者がいる場合は、被扶養者異動届も提出下さい。

注2 ※印欄は記入しないで下さい。

受付印

確認印