

健康保険
任意継続被保険者資格取得申請書【記入例】

常務理事	事務長	課長	適用主任	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。

※新被保険者等記号番号		旧被保険者等記号番号		被保険者氏名		性別	
3000 -		999 - 9999		(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎		男 女	
生年月日		被保険者の住所					
昭和・平成・令和 58年 12月 31日		〒 123 - 4567 電話 012 - 3456 - 7890 千葉県習志野市△△ ○-○-○					
資格喪失の際に使用されていた事業所							
名称		千葉県トラック運送(株)		所在地		千葉県習志野市茜浜○-○-○	
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 21年 4月 1日		令和 6年 12月 5日		470 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			
個人番号				資格確認書発行要否			
1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3				発行が必要 理由(該当するものを○で囲んでください。): A (B) C			
備考							

(千葉県トラック健康保険組合) 令和 6 年 12 月 9 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。
注3 資格確認書発行要否：資格確認書の発行が必要な場合は、「発行が必要」の
□に✓を付して下さい。※以下に該当する場合に限ります。
A. マイナンバーカードを取得していない方、マイナンバーカードの返納者
B. マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない方、
利用登録解除申請した方、利用登録解除者
C. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方

受付印 確認印

【記入のポイント】

間違えた場合は、二重線で訂正し
余白に正しいものを記入して下さい。
※修正ペン・修正テープ使用不可

- ①旧被保険者等記号番号
退職前に使用していた被保険者証または資格情報のお知らせ、資格確認書に
記載されています。
②被保険者氏名
被保険者氏名、フリガナをご記入ください。
③被保険者の住所
書類の送付や連絡をすることがありますので、必ず住所と日中連絡の取り
やすい電話番号をご記入ください。
④資格喪失の際に使用されていた事業所
被保険者の勤務先をご記入ください。
⑤資格取得年月日
資格喪失の際に使用されていた事業所に入社した日をご記入ください。
⑥資格喪失年月日
退職した日の翌日の年月日をご記入ください。
⑦標準報酬月額
在籍していた時の直近の標準報酬月額をご記入ください。
⑧被扶養者の有無
どちらかに○をご記入ください。
⑨個人番号
マイナンバーをご記入ください。
⑩資格確認書発行要否
発行が必要な場合は□に✓を記入し、理由A・B・Cのいずれかを○で
囲んでください。

※状況に応じて追加の書類を依頼、または健保より確認の連絡を
する場合がございますので、あらかじめご了承ください。