

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	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つても受理できます。

※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 -		-		(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			
個人番号				資格確認書発行要否			
				<input type="checkbox"/> 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 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。
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です。
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