

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

この申請書は資格を喪失した日より、20日以内に届出してください。
20日を過ぎた場合は天変地変、通信不能等の特別な事情がない限り受理出来ませんので注意してください。（健康保険法第20条）

常務理事	事務長	係長	係

◎「＊」印欄は記入しないでください。	① 任意継続被保険者番号			② 資格喪失時の被保険者記号番号					③ 生年月日						
	＊								昭 和 5	年	月	日			
									平 成 7						
									令 和 9						
	④ 被扶養の有無 無 0 ・ 有 1	⑤ 郵便番号							フリガナ	⑦ 電 話 番 号					
			⑥ 申 請 者 の 住 所												
	⑧ 申 請 者 の 氏 名 ・ 印			⑨ 性別	⑩ 資格取得年月日			⑪ 資格喪失予定年月日			⑫ 標準報酬月額	⑬ 備 考			
	フリガナ			男 ・ 女	＊ 年	月	日	＊ 年	月	日	＊ 千円				
	⑨														
⑭ 最後に被保険者として使用されていた事業所の		所在地									⑮ 最後に被保険者の資格を喪失した年月日	年	月	日	
		名 称 電話番号	()												

千葉県しんきん健康保険組合

受付印

令和 年 月 日提出