

※ 決 裁 欄	常務理事	事務長	業務課長	担当者

【注意事項】

4. 3. 2. 1.

被扶養者も引き続き認定を受けたいときは、「被扶養者（異動）届」（事業主欄の押印①②欄の記号番号の記入は不要）とそれに伴う添付書類（被扶養者申立書）を一緒に提出してください。
 申請書の提出が、⑦資格喪失日（退職日等の翌日）より、二十日を経過した後になった場合は、遅くなった理由を⑪備考欄に詳しく記入してください。ただし、天変地異、交通・通信のスト等以外の場合は認められません。
 初回保険料は、⑫（ ）内の方法いずれかで納入し、該当する方法を○で囲んでください。
 初回保険料を振込まれる場合は、事務担当者か、若しくは健康保険組合へお問い合わせください。

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

① 被 保 険 者 証 号 記 号 番 号	記号	番号	② 被保険者氏名	
③ 被 保 険 者 の 住 所 及 び 電 話 番 号	〒 ー		TEL ()	FAX ()
④ 生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	⑤ 性 別 男 ・ 女	⑥ 被扶養者（異動） 届添付の有無
⑦ 資 格 喪 失 日 年 月 日	令和	年 月 日	⑧ 資 格 喪 失 時 の 標 準 報 酬 月 額	千円
⑨ 被 保 険 者 が 勤 務 し て い た 事 業 所 の 名 称				
⑩ 資 格 喪 失 時 の 健 康 保 険 組 合 の 名 称	千葉県食品製造健康保険組合			
⑪ 備 考				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>なお、初回保険料は、⑫（振込・現金書留・持参）で納入します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>被保険者氏名 _____</p>				

千葉県食品製造健康保険組合

※ 受 付 印