※決裁欄	常務理事	事務長	業務課長	担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

【注意事項】

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」（事業主記入欄および被保険者等記号・番号の記入は不要）と「認定に伴う添付書類」を一緒に提出してください。
2. 申請書の提出は、⑧資格喪失日（退職日等の翌日）を含め、二十日以内に行ってください。二十日を経過した場合この申請は受理できませんが、天変地異、交通・通信関係のストライキ等によるときはその旨を具体的に⑪備考欄に記入してください。
3. 初回保険料は、⑫事前に金額が確認できた方は「ア」を、健康保険組合からの通知後納付する方は「イ」を○で囲み、（　）内の納付方法を選択してください。（アで振込される場合の振込先は、事務担当者かもしくは健康保険組合へお問い合わせください）

①在職時の被保険者等記号・番号	記号	番号	②被保険者氏名	
③記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。				
④被保険者の住所及び電話番号	〒　　－ 自宅　（　　）　　携帯　（　　）			
⑤生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日	⑥性別	男・女	⑦被扶養者（異動）届添付の有無　有・無
⑧勤務していた事業所の名称				
⑨資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日	⑩資格喪失時の標準報酬月額	千円	
⑪資格確認書発行要否	☐ **発行が必要**　（✔をした場合、該当する理由番号に「○」を付してください。） 1. マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者 2. 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者、利用登録解除を申請した者 3. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者			
⑫備考				

⑬　上記のとおり申請します。

なお、初回保険料は、 **ア．資格喪失日以降**　**イ．健保組合からの通知後**　に

（ **振込** ・ **現金書留** ・ **持参** ）で納入します。 ※該当に「○」を付してください。

令和　　年　　月　　日

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

千葉県食品製造健康保険組合

※ 受 付 印