常務理事	事務長	課長	担当者

健康保険 任意継続被保険者資格取得申出書

住民票の原本（被扶養者のいる場合は被扶養者も載っているもの）を添付してください。

令和　　年　　月　　日

被保険者等	記号	8888	番号*		*組合記入欄
氏名	（フリガナ）				
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日			性別	男 ・ 女
郵便番号	－				
住所	（フリガナ）				
電話番号（日中の連絡先）					
資格確認書発行要否	□ 発行が必要				

退職前の事業所名称	被保険者等	記号		番号
	事業所名称			
	事業所所在地			
	資格取得年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日		
	資格喪失年月日（退職日の翌日）	令和　　年　　月　　日		

健康保険 被扶養者届（資格取得時）

任意継続被保険者の資格取得時に有する被扶養者のみ記入してください。

資格取得日の翌日以降に被扶養者となる場合は「被扶養者（異動）届」を提出してください。

被扶養者の氏名		生年月日	性別	続柄	職業	同居・別居の別	資格確認書発行要否
（フリガナ）		昭和・平成・令和　年　月　日	男・女			同居・別居	□ 発行が必要
（フリガナ）		昭和・平成・令和　年　月　日	男・女			同居・別居	□ 発行が必要
（フリガナ）		昭和・平成・令和　年　月　日	男・女			同居・別居	□ 発行が必要

千葉県建設業健康保険組合