

常務理事	事務長	担当者

8000－	扶	有・無
-------	---	-----

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

①健康保険 被保険者証 の記号番号	記号		②被保険者の氏名	昭和 平成	年	月	日	男 ・ 女
	番号							
④資格取得年月日	平成 令和	年	月	日	⑥喪失の際の 標準報酬月額	千円		
⑤資格喪失年月日	令和	年	月	日				
⑦資格喪失の際 雇用されていた 事業所	所在地							
	名 称							

備考

上記のとおり申請します。

ふくおかICT健康保険組合理事長殿

住所(アパート・マンション名など詳細に)

〒            —

電話 (            )            —

ふりがな  
氏 名

- ・申請期限は、退職後20日以内となっておりますので、遅れないように提出してください。
- ・被扶養者がいる場合は、被扶養者(異動)届に扶養申請書を添付してください。