任意継続被保険者資格取得申出書

常務理事	事務長		担当

アルプス技研グループ健康保険組合 理事長 殿

令和　　年　　月　　日

資格喪失時の記号・番号	記号		番号	
社員番号				
氏名	フリガナ			
申請者の住所	〒 自宅Tel　　（　　）　　携帯Tel　　（　　）			
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日　（　　）歳	性別	男　・　女	
メールアドレス （退職後に連絡がとれるもの）				
資格喪失の年月日 （退職日の翌日）	令和　　年　　月　　日			
資格喪失時の所属会社名				
資格喪失時の所属部署名				
給付金等振込先	銀行 信用金庫　　本店 支店 普通　口座番号　　口座名義（カナ）			
保険料の納入方法	1. 毎月ごと　　2. 1年分前納　　3. 半年分前納			

保険料の納入期日までに入金の確認が取れない場合、資格喪失の手続きをとる事に同意致します。

被保険者氏名

被扶養者状況	氏名	生年月日	性別	続柄	住所
		昭 平 令　年　月　日			
		昭 平 令　年　月　日			
		昭 平 令　年　月　日			
		昭 平 令　年　月　日			

（注）この申請書は資格喪失日から20日以内に健康保険組合に届かない場合は受付できませんのでご注意ください。

備考	
	個人番号（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要）
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し　②個人番号記載の住民票の写し　③個人番号カード（両面）の写し　のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し　のいずれか1点

※健保記入欄		
	任意継続被保険者証記号・番号	
	資格喪失予定日	令和　　年　　月　　日
	資格喪失時標準報酬月額	千円
	決定月額	千円
	初回保険料納入日	

受付日付印