

任意継続被保険者 資格喪失申出書

受付印

常務理事	事務長	係	係

以下の事由により、任意継続被保険者の資格喪失を申し出ます。

年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号	30	番号	
	氏名	フリガナ		生年月日
	住所 連絡先	(〒 -)		昭和 平成 年 月 日
	TEL	()		

資格喪失事由 (該当する番号に○)	資格喪失日
1. 加入者本人の申し出による ・国民健康保険に加入する ・健康保険等の被扶養者となる ・海外に出国する など	申請書が受理された日の属する月の翌月1日
2. 死亡した (年 月 日死亡)	死亡日の翌日
3. 健康保険等が適用されている会社に就職した	新しい健康保険等の加入日 ※新しい保険証の写しをご提出ください

・資格喪失日以降、西部瓦斯健康保険組合の保険証は使用できません。(簡易書留等でご返却をお願いします。)

・資格喪失事由が1または2の場合は、「資格喪失証明書」を交付します。

・資格喪失月の保険料はかかりません。(同月内に資格取得と資格喪失がある場合を除く)

既に保険料を前納している方については、後日還付に関するご案内を送付します。

※健保記入欄

資格喪失年月日	保険証回収年月日	資格喪失証明書発行日
年 月 日	年 月 日	年 月 日