

※退会ご希望の方はこちらをご提出ください※

## 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	昭和 平成	年	月	日
	住所 連絡先	(〒 - )		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 ( 年 月 日 )

- ・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。
- ・資格喪失事由が3の場合は、新しい健康保険等の「資格情報のお知らせ」のコピーをご提出ください。  
また西部瓦斯健康組合の保険証をお持ちの方は簡易書留等でご返却をお願いいたします。
- ・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	資格確認書回収年月日	資格喪失証明書発行日
年 月 日	年 月 日	年 月 日