

任意継続期間満了（2年）までに資格を喪失される方

被 保 険 者 情 報	被保険者証 の(左づめ)	記号 3	番号（保険者番号06270748ではありません） <input type="text"/>	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名	(フリガナ) _____		
	住所	(〒 - ) 都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )		

資格喪失年月日	年 月 日
資格喪失理由	<input type="checkbox"/> 1. 就職し強制加入の保険に加入したため 2. 保険料を支払えないため 3. 被保険者が死亡したため 4. 資格喪失を希望するため（資格喪失年月日はこの申出書が受理された翌月1日）

※資格喪失理由が1の場合(就職)は、資格取得日の分かるもの(新しい保険証のコピー等)を貼付してください。(被扶養者のコピーも必要)

保険証の記号、番号・適用事業所名称および所在地・資格取得年月日がわかるところ。  
資格喪失後の医療費請求が当健保に届いた時に使用いたします。(新しい請求先を提示)

上記の事由に該当するため、申出します。 年 月 日

【同封するもの】 大阪ガス健康保険組合の保険証(任意継続の保険証原本)  
※喪失理由「4.資格喪失を希望するため」の場合は喪失日以降に返却可

受付日付印

大阪ガス健康保険組合