大阪瓦斯健康保険組合　理事長　殿

健康保険　任意継続被保険者　資格喪失　申出書

被保険者（申請者）記入用

下記の事由に該当するため、申出します。　　申出日　　年　　月　　日

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	記号	番号（06270748ではありません）（右づめ）	**記号番号が分からない場合**は個人番号（マイナンバー）を記入してください
		3		
	氏名	（フリガナ）		生年月日　年　月　日 □ 昭和 □ 平成 □ 令和
	住所	（〒　　-　　）	都道府県	
	電話番号（日中の連絡先）	TEL　　（　　）		

資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日
資格喪失理由（該当する理由に☑を入れてください）	□ 就職し強制加入の保険に加入したため □ 保険料を支払えないため □ 被保険者が死亡したため □ 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「就職」の場合は、資格取得日の分かるもの（就職先での資格情報のお知らせ（写し）もしくは資格確認書の（写し）等）を貼付してください。

記号・番号・保険者名・資格取得年月日がわかるところ。

【同封するもの】　資格確認書（お持ちの方のみ）

※喪失理由が「資格喪失を希望するため」の場合は喪失日以降に返却で可

大阪瓦斯健康保険組合

健保受付日付印

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。

2025.8