

任意継続組合員資格喪失申出書

(フリガナ) 氏 名		退職年月日	令和 年 月 日
組合員番号		退職時の 所属所	
		被扶養者数	名
生 年 月 日	昭和 年 月 日	※任意継続 資格喪失	令和 年 月 日
任 意 継 続 掛 金 の 納 入 状 況	令和 年 月分まで納入済み		

地方公務員等共済組合法第144条の2第5項の規定により、任意継続組合員でなくなることを申し出ます。

【資格喪失の理由】 (次の1、2のうち該当する番号を○印で囲んでください)

1. 令和 年 月 をもって、任意継続組合員でなくなることを希望。

【任意継続組合員資格喪失証明書の交付】 (どちらかを○印で囲んでください)

1. 希望します 2. 希望しません

2. 他の健康保険制度の被保険者(再就職)となる。

《新しく加入した保険の「資格情報のお知らせ」の写し等を添付してください》

①新加入の保険等の名称 ()

②資格取得年月日 令和 年 月 日

(資格喪失後に組合員証等を使用し医療機関を受診した場合は、当共済組合が負担した医療費を
返還していただくことになりますのでご注意ください。)

地方職員共済組合長崎県支部長 様

令和 年 月 日

住 所 〒 -

届 出 者 氏 名

電 話

【注意】

※欄は記入しないでください。

任意継続組合員証や資格確認書を持っている方は添付してください(返納)