

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	
						退職時の所属所名					
組合員番号						被扶養者数	名				
生年月日	年 月 日					「資格確認書」の添付チェック (交付された方のみ記入)	<input type="checkbox"/> 組合員	<input type="checkbox"/> 被扶養者 () 枚			
任意継続掛金の納入状況	令和	年	月分まで納入済み			記入不要 任意継続資格喪失日	令和	年	月	日	

【資格喪失の理由】 以下の喪失理由のうち、該当する方に☑をつけ、必要事項を記入してください。

<input type="checkbox"/>	<p>● 令和 年 月 末日をもって、任意継続組合員でなくなることを希望する。 ※国民健康保険に加入、または<u>家族の被扶養者</u>になる場合。 ※任意継続の資格は、<u>共済組合が喪失申出書を受理した月の末日まで</u>になります。</p> <p>【資格喪失証明書の交付】 どちらかを○で囲んでください。 希望します ・ 希望しません</p>
<input type="checkbox"/>	<p>● 他の健康保険制度の被保険者となる。(就職) ※就職先から交付される「<u>資格情報のお知らせ</u>」の写し等を添付してください。</p> <p>・新加入の保険者等の名称 () ・資格取得年月日 令和 年 月 日</p>

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。

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 _____

電話番号 _____

※有効期限内の資格確認書を持っている方は添付してください。(返納)
 ※資格喪失後に資格確認書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。
 ※掛金の還付がある場合は、後日「任意継続掛金還付請求書」を送付します。

共済組合使用欄		年	月	日
伺	課長	係長	課員	担当者