

# 資格喪失証明願

公立学校共済組合長崎支部長 様

組 合 員 住 所

氏 名

印

所 属 所 名

組 合 員

下記の者は、  
被扶養者

としての資格を喪失していることを証明願います。

被扶養者

記

組合員証番号	
組合員氏名	

被扶養者名	続柄	生年月日
		明.昭 大.平 年 月 日
		明.昭 大.平 年 月 日
		明.昭 大.平 年 月 日