

任意継続組合員資格喪失申出書

組合員証番号	0							氏名		性別
										男・女
生年月日	昭和 平成	年	月	日	退職年月日	平成	年	月	日	
被扶養者数		名	※ 任意継続組合員資格喪失日			平成	年	月	日	

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希望するので申し出ます。

【脱退の理由】

1. 任意継続組合員でなくなることを希望。

(国民健康保険加入又は他の健康保険の被扶養者となる。)

希望年月日	平成 年 月 日
-------	----------

2. 他の健康保険の被保険者(再就職)となる。

新加入の保険等の名称	
資格取得年月日	平成 年 月 日

3. 死亡のため。

死亡年月日	平成 年 月 日
-------	----------

公立学校共済組合長崎支部長 様

平成 年 月 日

郵便番号
住所
申出者 氏名 (印)
電話番号 () -

- (注) 1. 脱退の理由は、項目1～3のうち該当する番号を○印で囲んでください。
2. 脱退の理由が2の場合は、新しく加入した保険証の写しを添付してください。
3. ※印欄は記入しないでください。

支部受付年月日