

※ 決裁	入 力 年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日
		平成 年 月 日

任意継続組合員資格喪失申出書

任意継続組合員証 記号	記号	番号	ふりがな		
			氏名		
住所	〒□□□-□□□□				
電話番号	() -				
資格喪失証明書	<input type="checkbox"/> 希望する		<input type="checkbox"/> 希望しない		
資格喪失理由	<input type="checkbox"/> ① 任意継続組合員期間満了 (平成 年 月 日)				
	<input type="checkbox"/> ② 死亡 (平成 年 月 日)				
	<input type="checkbox"/> ③ 組合員・被保険者資格取得 (平成 年 月 日)				
			就職先事業所名称等		
			新保険証記号・番号		
			新保険者番号		
	<input type="checkbox"/> ④ 国民健康保険に加入 (平成 年 月 日 ~)				
<input type="checkbox"/> ⑤ 家族の被扶養者になる (平成 年 月 日 ~)					
<input type="checkbox"/> ⑥ 後期高齢者医療制度の被保険者となったとき (平成 年 月 日 ~)					
上記のとおり、任意継続組合員の資格喪失を申し出ます。					
岡山県市町村職員共済組合 理事長 様					
平成 年 月 日					
申出者氏名				(印)	

1 この申出書には、必ず『任意継続組合員証』および『任意継続組合員被扶養者証』をかならず添付してください。

2 任意継続組合員の資格は、喪失理由①・②はその翌日、③・⑥はその日、④・⑤については、この申出書を共済組合が受理した日の属する月の末日が到来したときに喪失します。

3 任意継続組合員の死亡の場合は、ご遺族の方が提出してください。

4 □印の箇所については、該当する□の中にレを記入してください。

5 ※印の欄には、記入しないでください。

※共済処理欄

証返納	
整理簿	
証明書	
調定	