

※任意継続組合員番号

N

資格確認書交付要否欄

☐要☐否

※資格確認書の交付が必要な場合は、「☒要」記入してください。
なお、交付が必要な場合は以下に限ります。
・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカード返納者
・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、解除した者
・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者
・マイナンバーカードを紛失した者、更新中の者
・マイナ保険証での受診が困難で、介助者等が同行して資格確認を補助する必要がある要配慮者

任意継続組合員申出書

所 属 所 名		職 名		組合員番号						性別	
				フリガナ						男・女	
所 属 所 コード				氏 名							
生 年 月 日		年 齢	退 職 年 月 日		組合員期間		※任意継続組合員資格取得年月日				
					年 月						
昭和・平成 年 月 日		歳	令和 年 月 日				令和 年 月 日				
退職時の掛け金の基礎となった標準報酬月額(短期)										第 級 円	
住 所							電 話 番 号				
〒 —							(自宅) — —				
							(携帯) — —				
掛金振替及び給付受取	給付金決定通知受け取り方法				〈メール希望の方のみメールアドレスを記入〉						
	<input type="checkbox"/> メールで希望(右の欄にメールアドレスを記入)				@						
	<input type="checkbox"/> 郵送で希望										
	掛金払込方法 (希望する払込方法にレ点をつけること)		口 座 振 替 兼 給 付 金 受 取 口 座								
	<input type="checkbox"/> 1 か月単位		銀行コード	0 1 3 4	支店コード			口座種別	1 普通		
	<input type="checkbox"/> 6 か月前納 <input type="checkbox"/> 12 か月前納		千葉銀行			本店・支店 支所・出張所		口座番号 (右詰で記入してください)			
口 座 名 義	フリガナ	氏 名	名		※千葉銀行確認欄 (口座振替依頼書受領確認)						

地方公務員等共済組合法第144条の2第1項の規定による任意継続組合員となることを希望するので申し出ます。
また、共済組合から給付される高額療養費、一部負担金払戻金及び家族療養費附加金等の短期給付金については、上記銀行口座に振り込みをお願いします。
公立学校共済組合千葉支部長 様
令和 年 月 日
申出書(氏 名)

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
令和 年 月 日
所属所名
電話番号
所属所長 職 名
氏 名

- (注) 1 ※欄は記入・押印しないこと。
2 「被扶養者申告書」を添付すること。
3 住所、氏名を明記した返信用封筒(角2、「定形外 150g+簡易書留」分の切手貼付)を添付すること。
4 任意継続掛金の払込みを退職の日から起算して20日以内に行うこと。



※任意継続組合員番号

記入例

R7.3.31