

任意継続組合員申出書の取り下げ申請書 兼 任意継続掛金返還請求書

組記	合号	員番	証号	公立千							氏名	
退職年月日				令和 年 月 日								
退職時の所属所												

取り下げの理由 (該当する番号を○で囲んでください)	添付書類
1. 退職日の翌日から再就職し、再就職先の健康保険の被保険者となるため 【健康保険の名称】 _____ 2. 退職日の翌日から国民健康保険に加入する 又は 家族が加入する健康保険の被扶養者になるため 3. その他 ( )	○任意継続組合員証 ○任意継続組合員被扶養者証

返還の対象となる前納掛金	※支部記入欄 令和 年 月から令和 年 月まで (計 ヶ月分)
返還請求金額	※支部記入欄 円

返還先の口座を○で囲んでください。(返還が発生しない場合もあります。)  
 ※記入がない又は2を選択し未登録だった場合は、「1. 口座振替兼給付金受取口座」に返還します。

返還先口座	1. 口座振替兼給付金受取口座 (申し出された千葉銀行口座)			
	2. 公金受取口座 (公的給付支給等口座)			
	3. 指定口座 (下記に記入してください。)			
		銀行	支店	預金種別
	口座番号		口座名義人(カナ)	

私は、任意継続組合員となることを希望しましたが、上記の理由により申し出を取り下げします。  
 また、払い込み済の掛金がある場合は、返還を請求します。

公立学校共済組合千葉支部長 様 干

住所  
令和 年 月 日

申請者  
兼  
請求者  
氏名

電話 - -

＝注意事項＝

- 本申請書の取下げはできませんので、よく確認した上で提出してください。
- 任意継続組合員 (被扶養者) 証を使用されていた場合、医療費の返還が生じます。

任意継続組合員申出書の取り下げ申請書 兼 任意継続掛金返還請求書

組 記 号 員 番 証 号	公立千	8桁の数字を記入	氏名	公立 千葉
退 職 年 月 日	令和	○	年	3 月 31 日
退 職 時 の 所 属 所	千葉県立○○○○高等学校			

取り下げの理由 (該当する番号を○で囲んでください)	添付書類
<p>1. 退職日の翌日から再就職し、再就職先の健康保険の被保険者となるため 【健康保険の名称】 ○○健康保険組合</p> <p>2. 退職日の健康保険 必ず任意継続組合員（被扶養者）証を添付してください。 家族が加入する</p> <p>3. その他（ ）</p>	<p>○任意継続組合員証 ○任意継続組合員被扶養者証</p>

返還の対象となる前納掛金	支部で未経過部分を計算するため記入不要
返還請求金額	

返還先の口座を○で囲んでください。（返還が発生しない場合もあります。）  
※記入がない又は2を選択し未登録だった場合は、「1. 口座振替兼給付金受取口座」に返還します。

返還先口座	1. 口座振替兼給付金受取口座（申し出された千葉銀行口座）
	2. 公金受取口座（公的給付支給等口座）
	3. 掛金（下記に記入してください。）

原則、「1」又は「2」を返還先口座として選択すること。  
やむを得ない理由により「3」を希望される場合は、銀行名・支店名・口座番号・口座名義人（カナ）を記入すること。

私は、任意継続組合員となることを希望しましたが、上記の理由により申し出を取り下げします。  
また、払い込み済の掛金がある場合は、返還を請求します。

公立学校共済組合千葉支部長 様

〒 260-0△×□

住所 千葉市中央区市場町○-△

令和 ○ 年 6 月 15 日

申請書提出年月日を記入

申請者  
兼  
請求者

氏名 公立 千葉

電話 043 - 223 - ○△×□

＝注意事項＝

- 本申請書の取下げはできませんので、よく確認した上で提出してください。
- 任意継続組合員（被扶養者）証を使用されていた場合、医療費の返還が生じます。