

任意継続組合員資格喪失申出書

任意継続 組合員証番号	組合員氏名	性別	生年月日	退職年月日	被扶養者数	備考
		男・女	昭和 平成 年 月 日	令和 年 月 日	人	

任意継続組合員としての資格喪失（希望）理由 (該当する項目番号を○で囲んでください。)	注意事項
1 地方公務員等共済組合法第144条の2第5項第5号の規定により、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。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当共済組合がこの申出書を受理した日の属する月の末日が到来したときの翌日に、資格を喪失します。 ・ 任意継続組合員証及び被扶養者証は、資格喪失日以降、速やかに返納してください。返納後に、資格喪失証明書を交付します。
2 地方公務員等共済組合法第144条の2第5項第4号の規定により、任意継続組合員の資格を喪失したので届け出ます。 (就職して健康保険に加入したため) 健康保険加入 令和 年 月 日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 就職先の健康保険証の写しを添付してください。 ・ 任意継続組合員証及び被扶養者証は、本書と一緒に返納してください。
3 地方公務員等共済組合法第144条の2第5項第2号の規定により、任意継続組合員の資格を喪失したので届け出ます。 (死亡のため) 死亡 令和 年 月 日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 埋火葬許可証の写し等、死亡の事実及び年月日の確認できる書類を添付してください。 ・ 任意継続組合員証及び被扶養者証は、本書と一緒に返納してください。
<p style="text-align: center;">公立学校共済組合愛媛支部長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">申出者 電話番号 ()</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p>	