任意継続組合員資格喪失申出書

任意継続組合員証記号番号	公立福岡　　号	共済組合受付印
退職時の所属所名		
上記所属所を退職した年月日	令和　　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。

資格喪失の理由　※該当する号数を〇で囲んでください。

２号 死亡　　（死亡の翌日に任意継続組合員資格を喪失）

任継組合員氏名

死 亡 年 月 日　　令和　　年　　月　　日

※死亡者の戸籍謄本を添付してください。

４号　健康保険の被保険者となった　（加入日に任意継続組合員資格喪失）

（健 康 保 険 の 名 称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

（加　入　年　月　日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

※健康保険証の写又は就職日が確認できる書類を添付してください。

５号　（申出が受理された月の末日の翌日に任意継続組合員資格喪失）

(1)　国民健康保険に加入する。

(2)　健康保険の被扶養者となる。

６号　後期高齢者医療の被保険者等となった。　（加入日に任意継続組合員資格喪失）

公立学校共済組合福岡支部長　　殿

令和　　年　　月　　日

申出者	住　所	〒	ー	電話番号	（　　）
	氏　名				㊞

※任意継続組合員証、任意継続組合員被扶養者証(発行されているとき)を同時に返納してください。

共済組合使用欄	証 回 収 年 月 日	令和　　年　　月　　日
	資格喪失証明発行日	令和　　年　　月　　日