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　任意継続組合員でなくなることを希望する
（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）

（例1）　国民健康保険に加入する。

（例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	〒	―	電話番号	（　　）
	氏　名	（記名押印又は署名）			

※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。
※資格喪失の理由が５号の場合で、資格喪失日の前日まで組合員証等を使用する場合は資格喪失日以降速やかに組合員証等を返納してください。

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