

## 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	平成	年		月

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○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）

任意継続組合員氏名

死亡年月日 平成 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

平成 年 月 日

申 出 者	住 所	〒	—	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	平成 年 月 日
	資格喪失証明発行日	平成 年 月 日