

任意継続組合員資格喪失申出書  
任意継続掛金還付請求書

※ 資格喪失年月日 令和 年 月 日

退職時の所属コード		退職時の所属所名	
任意継続組合員証番号		任意継続組合員氏名	
退職年月日	年 月 日		

- 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します。
- 地方公務員等共済組合法施行令第 49 条の 6 の規定により、任意継続掛金の還付を請求します。

資格喪失申出の事由 (前納掛金還付)	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日に他の健康保険の被保険者の資格を取得した。(新しい保険証(写)添付を添付してください。) <input type="checkbox"/> 親族が加入する健康保険の被扶養者となった。 <input type="checkbox"/> 任意継続組合員でなくなることを希望する。 <input type="checkbox"/> 任意継続組合員であった者が死亡した。
短期任意継続掛金 還付対象となる前納期間	令和 年 月 月 ~ 令和 年 月 月
還付請求金額	_____円
介護任意継続掛金 還付対象となる前納期間	令和 年 月 月 ~ 令和 年 月 月
還付請求金額	_____円
還付金振込先金融機関	_____銀行・金庫・農協 _____本店・支店
<input type="checkbox"/> 給付金口座に振り込みを希望します。	普通預金・口座番号 (フリガナ)
<input type="checkbox"/> 右の口座に振り込みを希望します。	名義人 _____

公立学校共済組合岐阜支部長 様

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

申出者 氏名 \_\_\_\_\_  
(請求者) (組合員と請求者との続柄: \_\_\_\_\_)  
TEL ( \_\_\_\_\_ )

- ※印欄は記入しないでください。
- 該当する□にチェックを入れてください。
- 申出者(請求者)氏名は自署とします。(記名押印も可)
- 任意継続組合員証・任意継続組合員被扶養者証は、資格喪失後は使用できません。必ず返納してください。

送付先

〒 500-8570  
岐阜市藪田南 2 丁目 1 番 1 号  
公立学校共済組合岐阜支部 給付・年金係