

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
退職時の所属所コード		退職時の所属所名	
任意継続組合員番号		任意継続組合員氏名	
退職年月日	令和 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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)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 還付請求金額	令和 年 月 月 ~ 令和 年 月 月 円		
介護任意継続掛金 還付対象となる前納期間 還付請求金額	令和 年 月 月 ~ 令和 年 月 月 円		
還付金振込先金融機関 <input type="checkbox"/> 給付金口座に振り込みを希望します。 <input type="checkbox"/> 右の口座に振り込みを希望します。 <input type="checkbox"/> 公金受取口座	銀行・金庫・農協 _____ 本店・支店 _____ 普通預金・口座番号 _____ (フリガナ) _____ 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 (請求者)	氏名 _____ (組合員と請求者との続柄: _____)		
	TEL (_____) _____		

- 注 1. ※印欄は記入しないでください。
 2. 該当する□にチェックを入れてください。
 3. 申出者(請求者)が自署した場合は、押印は不要です。
 4. 資格確認書(交付を受けている場合)は、資格喪失後は使用できません。必ず返納してください。

〒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 給付係