給付申告様式第17号

任意継続組合員・被扶養者申告書

申告事項・・・記号及び（　）内の該当事項を○で囲んでください。
ア 任意継続組合員資格喪失申出
（就職＜健康保険加入＞・国民健康保険へ移行・死亡・（　　））
イ 被扶養者（認定・取消）申告
ウ 記載事項変更申告（任意継続組合員・被扶養者）
エ 公費負担医療受給届（組合員・被扶養者）

＊新たに申告する項目、変更・訂正をする項目について記入してください。

任意継続組合員に関する事項

※整理コード	任意継続組合員番号

フリガナ 任意継続組合員氏名		性別	生年月日 年号	年	月	日	給付金等振込口座	
(姓)	(名)	男 女	昭 平				1 群馬銀行 2 中央労働金庫	支店
							金融機関コード	支店コード / 口座番号

郵便番号	住所	公費 コード	開始・終了 年号	年	月	日
－			平 令			

※資格喪失 年号	年	月	日
令			

＊性別・年号は該当する方を○で囲んでください
＊年月日は２桁で記入してください　例）7月･･･07，6日･･･06
＊住所について、群馬県内は市・郡名から、県外は都道府県名から記入してください
＊続柄は「長男」「二女」のように記入してください

被扶養者に関する事項

フリガナ 被扶養者氏名		性別	生年月日 年号	年	月	日	続柄	職業 年収	同居 別居
(姓)	(名)	男 女	昭 平 令					円	同居 別居

公費 コード	開始・終了 年号	年	月	日	住所（組合員と住民登録が異なる場合のみ記入）	郵便番号 －	※認定・取消 年号	年	月	日	※30日経過	※削除	※取消区分
	平 令						令						

フリガナ 被扶養者氏名		性別	生年月日 年号	年	月	日	続柄	職業 年収	同居 別居
(姓)	(名)	男 女	昭 平 令					円	同居 別居

公費 コード	開始・終了 年号	年	月	日	住所（組合員と住民登録が異なる場合のみ記入）	郵便番号 －	※認定・取消 年号	年	月	日	※30日経過	※削除	※取消区分
	平 令						令						

申告理由等

申告の理由、その事実発生年月日、添付した書類及び変更･訂正前の内容等を、具体的に記入してください。

資格確認書の交付が必要
（マイナ保険証を保有していない） □

□ 上記のとおり申告します。
□ 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するので申し出ます。

公立学校共済組合群馬支部長　様
令和　　年　　月　　日

郵便番号
申告者（任意継続組合員）住所
氏名
自宅電話番号

※共済組合受付日

(注) ※の欄は記入しないでください。

※共済組合処理日
月　日