

# 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)

|        |           |
|--------|-----------|
| ※整理コード | 任意継続組合員番号 |
|        |           |

\*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 | フリガナ      |     | 生年月日 |    |   |   | 給付金等振込口座 |         |          |      |  |
|               | 任意継続組合員氏名 |     | 性別   | 年号 | 年 | 月 | 日        | 1 群馬銀行  | 2 中央労働金庫 | 支店   |  |
|               | (姓)       | (名) | 男女   | 昭平 |   |   |          | 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    |  |
|               |           |     |      |    |   |   |          |         |          |      |  |

|       |   |   |   |
|-------|---|---|---|
| ※資格喪失 |   |   |   |
| 年号    | 年 | 月 | 日 |
|       |   |   |   |
|       |   |   |   |

\*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   |                        | 生年月日 |     |   |        | 続柄 | 職業年収   | 同居別居 |       |
|            | 被扶養者氏名 |                        | 性別   | 年号  | 年 | 月      |    |        |      | 日     |
|            | (姓)    | (名)                    | 男女   | 昭平令 |   |        |    |        |      |       |
|            |        |                        |      |     |   |        |    |        |      |       |
| 公費         |        | 住所(組合員と住民登録が異なる場合のみ記入) |      |     |   | ※認定・取消 |    | ※30日経過 | ※削除  | ※取消区分 |
| コード        | 開始・終了  | 郵便番号                   |      |     |   | 年号     | 年  | 月      | 日    |       |
|            |        |                        |      |     |   |        |    |        |      |       |
|            |        |                        |      |     |   |        |    |        |      |       |

|            |        |                        |      |     |   |        |    |        |      |       |
|------------|--------|------------------------|------|-----|---|--------|----|--------|------|-------|
| 被扶養者に関する事項 | フリガナ   |                        | 生年月日 |     |   |        | 続柄 | 職業年収   | 同居別居 |       |
|            | 被扶養者氏名 |                        | 性別   | 年号  | 年 | 月      |    |        |      | 日     |
|            | (姓)    | (名)                    | 男女   | 昭平令 |   |        |    |        |      |       |
|            |        |                        |      |     |   |        |    |        |      |       |
| 公費         |        | 住所(組合員と住民登録が異なる場合のみ記入) |      |     |   | ※認定・取消 |    | ※30日経過 | ※削除  | ※取消区分 |
| コード        | 開始・終了  | 郵便番号                   |      |     |   | 年号     | 年  | 月      | 日    |       |
|            |        |                        |      |     |   |        |    |        |      |       |
|            |        |                        |      |     |   |        |    |        |      |       |

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。

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  
 申告者住所  
 (任意継続組合員)  
 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