任意継続組合員の資格を喪失する場合(再就職等)

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)

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						組合員番号を記入									
		2	2	0	0	0	0	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	支店			
		(姓)			(名)			男	昭				金融機関コード	支店コード	口座番号		

*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。

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						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	昭				円	同居
		(姓)			(名)			女	昭				円	別居

被扶養者に関する事項は記入する必要はありません

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	昭				円	同居
		(姓)			(名)			女	昭				円	別居

再就職先であたに交付された保険証(または資格確認書)のコピーを添付してください

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										
	令和〇年〇月〇日付 ○×株式会社へ就職 健康保険被保険者資格取得のため 添付書類 : 健康保険証の写し 任意継続組合員証・被扶養者証(または資格確認書)										

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 〇年 〇月〇〇日 郵便番号 371-□□□□ 申告者住所 前橋市××町1-23 (任意継続組合員) 氏名 赤城 太郎 自宅(または携帯)電話番号 027-2△△-××××	※共済組合受付日 ※共済組合処理日 月 日
---	---------------------------------

(注) ※の欄は記入しないでください。