

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)

| | |
|--------|---------------|
| ※整理コード | 任意継続組合員番号 |
| | 2 2 0 0 0 0 0 |

組合員番号を記入

*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 | | 支店 | |
| | (姓) _____ (名) _____ | | 男 | 昭 | | | | 金融機関コード | 支店コード | 口座番号 | |
| | | | 女 | 平 | | | | | | | |
| 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 | | | | | 同居 | | |
| | | | 女 | 平 | | | | | 別居 | | |
| 公 費 | | 住所(組合員と住民登録が異なる場合) | | | | 住所(組合員と住民登録が異なる場合) | | ※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 |
| | | | | | | | | 令 | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

被扶養者に関する事項は記入する必要はありません

| | | | | | | | | | | | |
|------------|---------------------|--------------------|------|----|---|--------------------|----|--------|------|-------|---|
| 再就職等に関する事項 | 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 | | | | | 同居 | | |
| | | | 女 | 平 | | | | | 別居 | | |
| 公 費 | | 住所(組合員と住民登録が異なる場合) | | | | 住所(組合員と住民登録が異なる場合) | | ※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 |
| | | | | | | | | 令 | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

再就職先であらたに交付された保険証のコピーを添付してください

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
 健康保険者証のコピー添付

任意継続組合員証・被扶養者証返納

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

(注) ※の欄は記入しないでください。

※共済組合処理日

月 日