

令和 年 月 日

公立学校共済組合茨城支部長 殿

組合員番号 公立茨城第 号

(〒 —)

住所

組合員氏名 (署名)

※ 組合員死亡等の場合は下記に申告者氏名・続柄を記入

申告者氏名 (署名)

(組合員との続柄)

資格喪失証明書交付願

上記について、下記により交付願います。

記

1 使用目的 (①又は②から選ぶ)

① 国民健康保険加入手続きのため

② その他 ()

2 所属所名 (退職者又は任意継続組合員の場合は、最終所属所名を記入)

3 退職年月日 又は 任継脱退年月日 (翌日が資格喪失年月日となります)

平成 ・ 令和 年 月 日

4 被扶養者のみ資格喪失した場合 (被扶養者のみ資格喪失の場合は、3は記入不要)

(氏 名)

(組合員との続柄)

(資格喪失年月日) 平成 ・ 令和 年 月 日