

支 部 受 付 印

任意継続組合員資格喪失申出書

任意継続組合員証記号番号	N
退職年月日	令和 年 月 日

地方公務員共済組合法第144条の2第5項の規定により、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。

- ① 令和 年 月 日から再就職により他の健康保険に加入しました。
(再就職先の健康保険証の写しを添付)
- ② 令和 年 月から任意継続組合員でなくなることを希望します。

なお、申し出た喪失日以降に任意継続組合員証及び被扶養者証を使用した場合、当該給付金については共済組合に返還いたします。

公立学校共済組合石川支部長 殿

令和 年 月 日

〒

住所

申出者 氏名

印

(TEL

—

—

)

* 申出者氏名欄を組合員が自署する場合は押印不要です。