任意継続組合員資格喪失申出書

組 合 員 番 号	公立岩					
組合員氏名		喪失年月日				
<p>地方公務員等共済組合法第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ので申し出ます。</p>						
資格喪失理由	<p>1 他の共済組合の組合員となった ()</p> <p>2 社会保険の被保険者となった (全国健康保険協会)</p> <p>3 翌月から国民健康保険に加入する予定があるため</p> <p>4 死亡した (令和 年 月 日)</p> <p>5 その他 ()</p>					
資格喪失証明書交付希望の有無						
就職した 場合	就職年月日					
	就職先	住所	(〒 -) (Tel - -)			
		名称				
<p>公立学校共済組合岩手支部長 様</p> <p>一般財団法人岩手県教職員互助会長</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(〒 -) (TEL - -)</p> <p>住所</p> <p>申出者 氏名</p>						

- (注) 1 資格確認書が交付されている場合は、資格確認書(被扶養者証を含む。)を添付してください。
 2 資格喪失理由1、2のいずれかに該当する場合は、再就職先から交付される資格情報のお知らせの写し等を添付してください。
 3 次に加入する健康保険制度で任意継続組合員の資格喪失証明書が必要か確認のうえ、必要な場合は「資格喪失証明書交付希望の有無」の欄に有と記入してください。(併せて資格喪失証明書交付願(様式任9)を提出する必要はありません。)