

令和 年 月 日

組合員
被扶養者 資格喪失証明書交付願

公立学校共済組合岩手支部長 様

| | | | | | |
|-------------|--|--|--|-----|--|
| 組 合 員 証 番 号 | | | | 氏 名 | |
| | | | | | |
| 送付先住所 | (〒 -) (Tel - -) | | | | |

_____のため必要ですので、下記の者に係る資格喪失証明書を交付願います。

記

| 氏 名 | 生 年 月 日 | | |
|-----|-----------|---|-----|
| | 資 格 喪 失 日 | | |
| | 昭和・平成・令和 | 年 | 月 日 |
| | 平成・令和 | 年 | 月 日 |
| | 昭和・平成・令和 | 年 | 月 日 |
| | 平成・令和 | 年 | 月 日 |
| | 昭和・平成・令和 | 年 | 月 日 |
| | 平成・令和 | 年 | 月 日 |
| | 昭和・平成・令和 | 年 | 月 日 |
| | 平成・令和 | 年 | 月 日 |
| | 昭和・平成・令和 | 年 | 月 日 |
| | 平成・令和 | 年 | 月 日 |