

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 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