

任意継続組合員申出書

組合員証記号番号	公立神奈川						共済使用欄		
フリガナ							生年月日 及び性別	年 月 日 男 女	
氏 名									
被扶養者の登録欄 現在認定している被扶養者で任意継続でも認定する被扶養者名を記入してください。	継続or 新規に☑ を入れてください			継続 <input type="checkbox"/>	新規 <input type="checkbox"/>			継続 <input type="checkbox"/>	新規 <input type="checkbox"/>
				継続 <input type="checkbox"/>	新規 <input type="checkbox"/>			継続 <input type="checkbox"/>	新規 <input type="checkbox"/>
	現在認定している被扶養者を継続して認定しない場合は、不要欄に☑をしてください。								不要 <input type="checkbox"/>
※上記被扶養者登録欄の新規欄に☑のある組合員の方には ご自宅へ被扶養者申告書を送付いたします。 (認定は事実発生後になります。3月末退職者→4/1認定)									
退職時の所属所							所属コード		
所属所電話番号	-	-					退職年月日	年 月 日	
自宅住所・電話番号	フリガナ								
	〒	-					TEL	- -	
転居予定記入欄	フリガナ								
	〒	-					TEL	- -	
	転居予定年月日 令和 年 月 日								
退職後給付金口座	現職時と同じ・変更する (どちらかを○で囲んでください)								
給付金指定口座 ※変更する方のみご記入ください。	金融機関コード					支店コード		預金種別	口座番号(右詰め記入)
	銀行・金庫 信組・農協						支店	普通	
	フリガナ								
	口座名義								
掛金払込方法 (A~Dの1つを選び○で囲んでください。用紙提出後の変更はできません。)									
A 自動振替(毎月) みずほ銀行	●「預金口座振替依頼書」をみずほ銀行に提出する。								
B 自動振替(毎月) みずほ銀行以外	●「預金口座振替依頼書」を他銀行(みずほ銀行以外)に提出する。								
C 前納【6か月】	後日郵送する「振込依頼書」を使用して、金融機関の窓口から振り込んでください。								
D 前納【12か月】									
<p>地方公務員等共済組合法第144条の2第1項の規定により、任意継続組合員となることを希望するので申し出ます。</p> <p style="text-align: center;">公立学校共済組合神奈川支部長殿 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申出者 ㊟</p>									

※提出期限は退職日から20日以内となります。(共済組合給付グループ必着)

所属所受付印(組合員が所属所に提出した日)

(共済欄)

受 付	入 力 済	送 付 済

【任意継続組合員申出書記入例】

(給付様式第6-1号)

任意継続組合員申出書

組合員証記号番号	公立神奈川	△ △ △ △ △ △	共済使用欄	
フリガナ	キョウサイ タロウ		生年月日及び性別	昭和34年10月20日 男 女
氏名	共済 太郎			
被扶養者の登録欄 <small>現在認定している被扶養者で任意継続でも認定する被扶養者名を記入してください。</small>	継続or新規に☑を入れてください	共済 花子	継続 <input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/>	継続 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/>
			継続 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/>	継続 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/>
<p>現在認定している被扶養者を継続して認定しない場合は、不要</p> <p>※上記被扶養者登録欄の新規欄に☑のご自宅へ被扶養者申告書を送付し(認定は事実発生後になります。3月末退職)</p>				
退職時の所属所	県立横浜共済高等学校		所属コード	△ △ △ △
所属所電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇		退職年月日	令和3年3月31日
自宅住所・電話番号	フリガナ	〒 △ △ △ - △ △ △ △		
		神奈川県〇〇市●●区▲▲町▽▽▽ Tel. 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
転居予定記入欄	フリガナ	〒 △ △ △ - △ △ △ △		
		神奈川県〇〇市●●区▲▲町▽▽▽ Tel. 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
退職後給付金口座	現職時と同じ・変更する()			
給付金指定口座 ※変更する方のみご記入ください。	金融機関コード		支店	座番号(右詰めで記入)
		銀行・金庫 信組・農協		
	フリガナ	口座名義		
<p>掛金払込方法 (A~Dの1つを選び○で囲んでください。用紙提出後の変更はできません。)</p>				
A 自動振替(毎月) みずほ銀行	●「預金口座振替依頼書」をみずほ銀行に提出する。			
B 自動振替(毎月) みずほ銀行以外	●「預金口座振替依頼書」を他銀行(みずほ銀行以外)に提出する。			
C 前納【6か月】	後日郵送する「振込依頼書」を使用して、金融機関の窓口から振り込んでください。			
D 前納【12か月】				
<p>地方公務員等共済組合法第144条の2第1項の規定により、任意継続組合員となることを希望するので申</p> <p>公立学校共済組合神奈川支部長殿 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申出者 印</p>				<p style="text-align: center;">押印忘れのないようにご注意ください。</p>

記入忘れのないように、ご注意ください。(記入の無い場合、継続して認定することはできません。)

電話番号は必ず記入してください。

転居予定のある方はご記入ください。(証の発送先の登録です。)資格取得後の変更は、記載事項等変更申告書で登録を行ってください。

押印忘れのないようにご注意ください。

※提出期限は退職日から20日以内となります。(共済組合給付グループ必着)

所属所受付印(組合員が所属所に提出した日)

(共済欄)

受 付	入 力 済	送 付 済

任意継続組合員資格喪失申出書及び還付請求書

任意継続組合員証記号番号	公立神奈川	(←6桁の番号)	
資格取得年月日	年	月	
<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ことを希望するので申し出ます。</p> <p>また、地方公務員等共済組合法施行規程第184条の2第1項規定による、前納した任意継続掛金の還付を請求します。</p> <p>公立学校共済組合神奈川支部長 殿</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>資格喪失申出及び還付請求者 氏名 (印)</p> <p>※下記、組合員死亡の場合には 相続人氏名、押印をお願いします。</p> <p>住所 〒</p> <p>電話</p>			
資格喪失及び還付理由	(該当の番号を○で囲んでください)	<p>1 就職先の健康保険に加入する この資格喪失申出書に添付するもの</p> <p>(1) 就職先の保険証の写し (2) 任意継続組合員証 (任意継続被扶養者証)</p> <p>就職先の健康保険の資格取得日 (任意継続組合員資格喪失年月日)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>	資格喪失証明書発行 ※
	<p>2 組合員死亡 組合員氏名 () 死亡日 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">還付請求者 (印)</p> <p style="text-align: center;">(任意継続組合員の相続人に限る)</p> <p>この資格喪失申出書に添付するもの</p> <p>(1) 死体埋火葬許可証の写し、または死亡の事実を証明する書類の写し (2) 任意継続組合員証 (任意継続被扶養者証)</p>		
	<p>3 任意継続組合員でなくなることを申し出る (該当の記号に○印で囲んでください。)</p> <p>*この用紙を共済組合が受理した月の翌月初日が資格喪失日となります。</p> <p>ア 国民健康保険に加入する イ 家族の被扶養者になる ウ その他</p> <p style="text-align: center;">(資格喪失の理由をお書きください。)</p>		

※ 資格喪失証明書をもって、次の健康保険組合で加入手続きをしてください。

※ 資格喪失証明書は、この申出書に記載される住所に送付します。

任意継続組合員証(任意継続組合員被扶養者証)は資格喪失後、速やかに返納してください。

送付先 〒231-8309 横浜市中区日本大通33 公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ

※共済組合使用欄

受付日	証返納済	証明書送付済	未経過期間還付額	入力済

任意継続組合員被扶養者取消申出書

任意継続組合員証記号番号	公立神奈川 (←6桁の番号)
<p>任意継続組合員の被扶養者の認定を受けていた者がその要件を欠くに至ったため、取消を申し出ます。</p> <p>公立学校共済組合神奈川支部長 殿</p> <p>年 月 日</p> <p>申出者 氏名 ⑩</p> <p>住所 〒</p> <p>電話</p>	
被扶養者氏名	(続柄)
取消年月日	年 月 日
取消理由	1 就職先の健康保険に加入 2 所得超過 3 扶養替え 4 その他 ()
資格喪失証明書の発行 (国民健康保険加入時等に必要)	必要 ・ 不要 (どちらかを○で囲んでください。)

* 国民健康保険加入時に必要な資格喪失証明書は、任意継続組合員被扶養者証(保険証)の返納確認後に郵送します。

添付書類等

◆ 就職先の健康保険に加入された方

○ 就職先の保険証の写しまたは辞令の写し等

◆ 所得超過による取消の方

○ 所得超過を証明する書類 (給与明細書の写し・年金証書等の写し等)

◆ その他

○任意継続組合員が資格を喪失する場合は被扶養者も同時に資格を喪失しますので、この申出書を提出する必要はありません。

※ 任意継続組合員被扶養者証は、速やかに返納してください。

送付先

〒231-8309 横浜市中区日本大通33 公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ

※共済組合使用欄

受付日	証返納済	証明書送付済	入力済

任意継続掛金払込証明書発行願

組合員証 記号番号	公立神奈川	任意継続 組合員氏名	
電話番号 (連絡先)			
掛金払込 対象期間	年	月分から	年 月分まで
発行理由 (年末調整に必 要なため等)			
通知送付先 (※1)			
その他 連絡事項等 (※2)			
<p>上記のとおり、任意継続掛金払込証明書の発行を願います。</p> <p>公立学校共済組合神奈川支部長 殿</p> <p>年 月 日</p> <p>任意継続 組合員氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>			

(※1) 届出の住所と異なる所に証明書を送付希望される場合は、その送付先を記入してください。

(※2) 証明書の発行にあたり、送付期限や送付枚数等特別な事由がある場合はその内容を記入してください。

予定任意継続組合員 申出取消申請書

(この申請書は任意継続組合員申出書提出後、掛金納入前に申し出を取り消す事由が発生した場合に、共済組合へ提出してください。)

組合員証番号	
退職年月日	年 月 日
氏 名	
住 所	〒 —
自宅電話番号	— —
任意継続組合員の申し出を取り消す事由 (該当項目に丸印を付け、必要事項を記入してください。)	
1 退職に続けて、常勤再任用として勤務することとなった。 勤務することとなった所属所 () 所属所電話番号 (— —)	
2 退職に続けて再就職し、他の健康保険の被保険者となった。	
3 その他 (申し出を取り消す理由を記入してください。)	
〔)	

上記のとおり、申し出を取り消します。

年 月 日 氏名 _____

資格喪失（取消）証明書発行願

組合員氏名		所属所名 (注1)	
組合員証 番号(6桁)		所属コード	TEL
組合員住所 電話番号	〒 - TEL ()		
該当者氏名(注2)		続柄	喪失(取消)年月日(注3)
1			年 月 日
2			年 月 日
3			年 月 日
使用目的 (具体的に) (注4)			
送付希望先 住所氏名	住 所	〒 -	氏 名
<p>公立学校共済組合神奈川支部長 殿</p> <p>上記のとおり、資格喪失（取消）証明書の発行を願います。</p> <p>年 月 日</p> <p>組合員氏名</p>			

- 注1 所属所名は組合員の最終所属です。
- 注2 該当者は複数依頼可能です。
- 注3 喪失年月日は退職日の翌日です。
- 注4 使用目的は具体的に記入してください。
- 注5 年度末に退職、転出する組合員の場合のみ証明してください。

＜提出先・問合せ先＞
 〒231-8309 横浜市中区日本大通33
 公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
 電話 (045)210-8179

(注5)
 _____は、 年3月31日付けで
退職・転出することを証明します。

年 月 日

所属所名・職名

氏 名

公印

〔記入例〕

資格喪失（取消）証明書発行願

組合員氏名	神奈川 太郎					所属所名 (注1)	神奈川県立〇〇高等学校								
組合員証 番号(6桁)	1	2	3	4	5	6	所属コード	4	×	×	×	TEL	〇〇〇(〇〇〇) 〇〇〇〇		
組合員住所 電話番号	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 横浜市中区日本大通					政令市の場合は共済所属コードを参照してください。					TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇				
該当者氏名(注2)							喪失(取消)年月日(注3)								
1	神奈川 太郎					年	〇〇	年	4	月	1	日			
2	神奈川 花子					配偶者	〇〇	年	4	月	1	日			
3								年		月		日			
使用目的 (具体的に) (注4)	国民健康保険加入のため														
送付希望先 住所氏名	住 所	〒 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 横浜市中区日本大通〇〇					氏 名	神奈川 太郎							
<p>公立学校共済組合神奈川支部長 殿</p> <p>上記のとおり、資格喪失（取消）証明書の発行を願います。</p> <p>令和 〇 年 〇 月 〇 日 組合員氏名 神奈川 太郎</p>															

- 注1 所属所名は組合員の最終所属です。
- 注2 該当者は複数依頼可能です。
- 注3 喪失年月日は退職日の翌日です。
- 注4 使用目的は具体的に記入してください。
- 注5 年度末に退職、転出する組合員の場合のみ証明してください。

(注5)

_____は、 _____年3月31日付けで
退職・転出することを証明します。

_____年 月 日

所属所名・職名

<提出先・問合せ先>
〒231-8309 横浜市中区日本大通33
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179

年度末に退職、転出する組合員の場合は、必ず所属所長の証明を受けてください。
年度途中で退職、転出する場合は証明不要です。

公印