(給付様式第4-1号)

					資	格	喪	失	(取消)	証明	月書	書 多	き 行	亍原	Į			
組 合 員 等 番 号 (6 桁)									所属原	所 名								
組合員氏名							所属コ	— ド					所属所 TEL					
電							(+)r			/T	TE		-	()			
			当者		氏名				続柄	-	喪矢	:(取		<u> </u>	日(退職	等の場合 月	、翌日) 日
		础	百月		本人							<u>. </u>						
								年					月					
								年					月 ————————————————————————————————————					
									年					月				
								年				月		日				
										左	F		月		日			
店	III II 1/1/1	□ 国民健康保険に加入						その何	也	(具体	本的に	二記入	.)					
使用目的		□ 他共済組合に加入																
希望送付先			自	宅	宛				その他 〒	(_)	氏	名			
		□ 所属所 宛																
公立学校共済組合神奈川支部長様																		
上記のとおり、資格喪失(取消)証明書の発行を願います。																		
年 月 日																		
	組合員氏名 (署名)																	

事務担当者さま

- ・退職日、転出日より前に提出する場合は所属所長が証明してください。
- ・なお、本発行願を提出後に退職等が取消 となり共済組合員資格が継続することと なった場合は下記までご連絡ください。
- ・本発行願とは別に「(給付様式第1-3号)組 合員異動報告書(転出用)」に組合 員証等を添えて下記まで提出ください。

<提出先・問	引合せ先>	
〒231-8309	横浜市中区日本ス	上通5−1
公立学校共深	脊組合神奈川支部	給付グルーフ
電話 (045)	210-8179	

退職等証明欄

____は、 年 月 日

付けで 退職・ 転出・ 任用時間変更 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 等 番号(6 桁)				2 3	4	5	6	所 属)	所 名	神奈川県立〇〇高等学校						
組合員氏名			*	申奈	11 7	大郎		所属コ	ード	4 >	××	所属所 TEL	000(0	00)000	00	
組 合 員 住 所								通 〇		市の場	合は ードを		(OOO 戦等の場合、))〇〇〇 、翌日)	00	
✓	組合員 本人									O	年	4	月	1	日	
✓		奈川	1 7	子			妻		0	年	4	月 1 日				
						7	J				年		月 日			
							を		年		月		日			
											年			月 日		
					·	<u> </u>					年		月		日	
使用目的 使用目的 □ 他共済組合に加入							その	他()	具体的に記	入)						
	型送付先	✓	自	宅 姷	<u>i</u> ,			その他〒	(_) 氏	:名				
711 ±			所属		平田	うか(可)	نا بالا	1								
会行後、受取が可能な 公立学校共 (例:転居先、実家)																
上記のとおり、																
	0	年		3 月	0	日			組合員(署名	(氏名 名)		神奈川	大良	ß		

事務担当者さま

- ・退職日、転出日より前に提出する場合は所属所長が証明してください。
- ・なお、本発行願を提出後に退職等が取消 となり共済組合員資格が継続することと なった場合は下記までご連絡ください。
- ・本発行願とは別に「(給付様式第1-3号)組合員異動報告書(転出用)」に組合 員証等を添えて下記まで提出ください。

退職日、転出日より前に提出する場合は、 必ず所属所長の証明を受けてください。

退職等証明欄

神奈川 太郎 は、 O 年 3 月 31 日 付けて <u>退職 転出・任用時間変更</u>

することを証明します。

〇年 3 月 1日

所属所名‧職名 神奈川県立○○高等学校長

氏名 〇〇 〇〇

公印