別紙様式第２５号

任意継続組合員資格喪失申出書

組合員証番号	0 1 2 3 4 5 6	氏　名	長　崎　太　朗	性別 男・女
生年月日	昭和（○で囲む）・平成・令和　○ 年 7 月 7 日	退職年月日	令和　○ 年 3 月 31 日
被扶養者数	1　名	※ 任意継続組合員資格喪失日	令和　年　月　日

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。

【脱退の理由】

１．任継続組合員でなくなることを希望。（○で囲む）
（国民健康保険加入又は他の健康保険の被扶養者となる。）

希望年月日	令和 ○ 年 3 月 31 日

２．他の健康保険の被保険者（再就職）となる。

新加入の保険等の名称	
資格取得年月日	令和　年　月　日

３．死亡のため。

死亡年月日	令和　年　月　日

公立学校共済組合長崎支部長　様

令　和　○　年 3 月 8 日

申出者
郵便番号　850－8570
住　　所　長崎市尾上町3－1
氏　　名　長　崎　太　朗
電話番号　（ 095 ） 894 － 3344

（注）１．脱退の理由は、項目１～３のうち該当する番号を○印で囲んでください。
２．脱退の理由が２の場合は、新しく加入した保険証の写しを添付してください。
３．※印欄は記入しないでください。

支部受付年月日	

（202302）