

資 格 喪 失 証 明 願

公立学校共済組合長崎支部長 様

氏名

所属所名

組 合 員
下記の者は、
被 扶 養 者 としての資格を喪失していることを証明願います。

記

組合員証番号		組合員氏名	
--------	--	-------	--

被扶養者名	続柄	生年月日
		昭 平 令 年 月 日
		昭 平 令 年 月 日
		昭 平 令 年 月 日

希望する送付先 (どちらかに○)	所属所本人宛 ・ 自宅等	〒
---------------------	--------------------	---