

任意継続組合員資格喪失申出書

組合員証番号						氏名				性別
										男・女
生年月日	昭和	平成	年	月	日	退職年月日	令和	年	月	日
被扶養者数	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. 任意継続組合員でなくなることを希望。

(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	月	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 月 日

郵便番号
住所
申出者 氏名
電話番号 () -

- (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