資格喪失証明書交付申請書

年　　月　　日

公立学校共済組合奈良支部長　殿

所 属 所 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
※組合員が退職(転出)のときは、退職時の所属所名を記入

組合員証番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり、資格喪失証明書の交付をお願いします。

記

1　証明書の送付先を選択してください。

☐ 所属所送付 →　☐ 事務担当者あて、☐ 組合員あて

☐ 組合員（申請者）自宅送付　**（↓住所を記入してください。）**

〒　　－

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※組合員が死亡のとき以外は、申請者は(元)組合員です。(元)被扶養者あてには送付しません。
また、組合員が退職等のときは、基本自宅に送付します。必ず、住所を記入してください。

2　証明書交付の理由を選択してください。

☐ 認定取消を行った被扶養者が、国民健康保険に加入するため。

☐ 組合員が退職（転出）したため。

☐ その他（　　）

3　認定取消を行った、証明を希望する元被扶養者

※組合員が退職・転出のときは記入不要です。退職時の被扶養者全員が証明対象となります。

	氏　　名	続柄	認定取消日
元被扶養者			年　月　日
			年　月　日
			年　月　日
			年　月　日
			年　月　日
			年　月　日