様式　６

キ　リ　ト　リ　線

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局長 | 事務局次長 | 福祉給付係長 | 掛金担当 | 係員 | 担当 |
|  | 　 | 　 | 　 |  | 　 |

**任意継続組合員資格喪失申出書**

（注）１　この申出書は、任意継続組合員加入後、期間満了前に脱退する場合に添付書類とともに提出してください。

　　　２　取消申出の理由は、該当する番号を○で囲み、任意継続組合員証（公立学校共済組合新潟支部から交付されている被扶養者証・高齢受給者証・限度額適用認定証・特定疾病療養受療証があるときはそれらも）を必ず添付してください。

　　　３　日付は、元号から和暦で記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 任意継続組合員期間の有効期限 　　年 　　月 　　日 | （記入しないこと） | 掛金の納入方法（○で囲む） | １．毎月払い　２．半年払い３．年払い |
| 組合員氏名 |  |
| 任意継続組合員証記号番号 | 公立新潟　　　　　　　　　　　　号 |
| 退職年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 任意継続組合員資格取得年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 被扶養者証を交付されている者の氏名 |  |  |
|  |  |
| 取消申出の事由 | １　他の共済組合等の組合員（公立学校共済組合他支部の組合員、他の法律に基づく共済組合で短期給付に相当する給付を行うものの組合員、その他健康保険又は船員保険の被保険者を含む。）となったため〔加入組合名　　　　　　　　　　　　　加入年月日　　　　　年　　月　　　　日〕２　公立学校共済組合新潟支部の組合員となったため〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　加入年月日　　　　　年　　月　　　　日〕３　任意継続組合員でなくなることを希望するため※　(1)　国民健康保険へ加入するため　　　　　　　年　　月　　日から　資格喪失証明書が〔必要　・　不要〕(2)　家族の被扶養者となるため４　死亡したため（死亡年月日　　　　　年　　月　　日） |
| 上記のとおり申し出ます。添付書類□任意継続組合員証・被扶養者証□新たな保険証の写し（取消申出理由１又は２の場合）□様式７　任意継続掛金・介護任意継続掛金還付請求書（毎月払いの場合は不要）公立学校共済組合新潟支部長　様　　　　　　年　　　月　　　　日　電話番号 　 　－　　－　　　郵便番号　　　〒　　　　 - 　住所 　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　­ |
| ※　上記３の場合の資格喪失日は、この喪失申出書を支部が受理した日の翌月１日となります。 | 組合員証回収日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 証回収入力日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 組シス入力日 | 　　　　年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局長 | 事務局次長 | 福祉給付係長 | 掛金担当 | 係員 | 担当 |
|  | 　 | 　 | 　 |  | 　 |

申込人

令和４年８月改正

**記 載 例**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局長 | 事務局次長 | 福祉給付係長 | 掛金担当 | 係員 | 担当 |
|  | 　 | 　 | 　 |  | 　 |

様式　６

**任意継続組合員資格喪失申出書**

（注）１　この申出書は、任意継続組合員加入後、期間満了前に脱退する場合に添付書類とともに提出してください。

　　　２　取消申出の理由は、該当する番号を○で囲み、任意継続組合員証（公立学校共済組合新潟支部から交付されている被扶養者証・高齢受給者証・限度額適用認定証・特定疾病療養受療証があるときはそれらも）を必ず添付してください。

　　　３　日付は、元号から和暦で記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 任意継続組合員期間の有効期限 　　　　年 　　月 　　日 | （記入しないこと） | 掛金の納入方法（○で囲む） | １．毎月払い　２．半年払い３．年払い |
| 組合員氏名 | 新光　和男 |
| 任意継続組合員証記号番号 | 公立新潟　　　　　123456　　　　　号和暦を記入すること |
| 退職年月日 | **令和**　　○○年　　3月　　　31日 |
| 任意継続組合員資格取得年月日 | **令和**　　○○年　　4月　　　1日 |
| 被扶養者証を交付されている者の氏名 | 新光　花 |  |
|  |  |
| 取消申出の事由 | １　他の共済組合等の組合員（公立学校共済組合他支部の組合員、他の法律に基づく共済組合で短期給付に相当する給付を行うものの組合員、その他健康保険又は船員保険の被保険者を含む。）となったため〔加入組合名　全国健康保険協会新潟支部　　加入年月日　**令和**○○年　6月　1日〕２　公立学校共済組合新潟支部の組合員となったため〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　加入年月日　　　　　年　　月　　　　日〕３　任意継続組合員でなくなることを希望するため※令和　　年　　月　　日から　資格喪失証明書が〔必要　・　不要〕(1)　国民健康保険へ加入するため　　　(2)　家族の被扶養者となるため４　死亡したため（死亡年月日　　令和　　年　　月　　日）申出事由3の場合は必ず記入すること。 |
| 上記のとおり申し出ます。公立学校共済組合新潟支部長　様添付書類□任意継続組合員証・被扶養者証□新たな保険証の写し（取消申出理由１又は２の場合）□様式７　任意継続掛金・介護任意継続掛金還付請求書（毎月払いの場合は不要）　令和○○年　6月　10日　電話番号 025　－　123　－　4567　　郵便番号　〒９５０　 - １２３４住所 新潟市中央区新光町４－１氏名　　新光　和男　　　　　　　　　　 |
| ※　上記３の場合の資格喪失日は、この喪失申出書を支部が受理した日の翌月１日となります。 | 組合員証回収日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 証回収入力日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 組シス入力日 | 　　　　年　　月　　日 |

令和４年８月改正

申込人