

所属機関又は所属所受付印
受付
R8.3.31

事前申告でも退職日以降の日付

をお願いします。
 (例) 3/31が退職予定者の3月中に提出する場合は、**3/31**で押印
※退職日より前の日付の場合は返却します。

定年退職後、間をあげずに再任用フルタイムで勤務された方は、現職時～再任用フルタイム終了時までの年数をご記入ください。

継 続

時の組合員番号		立 沖		沖 縄 花 子		男	元号	年	月	日	
0 1 1 2 3						女	昭・平	3	6	1 1 0 1	
退 職 年 月 日		組合員期間		退職時の満年齢		退 職 時 の 標 準 報 酬 の 月 額					
年号 年 月 日		年 月		60 才		標準報酬の等級:第(25)級					
令和 0 8 0 3 3 1		3 1 0 0				円					
退職日以降住所変更のある方		〒 新住所		転居予定日 (年 月 日)		納付書の送付先 (旧住所 ・ 新住所) ○で囲んでください。					
				※申出時に転居予定がある場合に記入してください。 (任意継続加入後に転居の場合は、「記載事項等変更申告書」の提出が必要です)							
掛金納付方法 (いずれかに○すること)		1. 1年前前納		2. 半年分前納		3. 毎月納付					
資格確認書 発行要否		<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※マイナ保険証利用可能な方は発行対象外です。 (以下の理由に該当する場合) ①マイナ保険証利用可能でないため (1)マイナンバーカードを取得していないため (2)マイナンバーカードを保有していないため (3)マイナ保険証での受診が困難なため (4)マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れた、または紛失・更新中のため		資格確認書の発行要否を確認してください。 ※マイナ保険証利用可能な方は発行対象外です。							
備 考		地方公務員等共済組合法第144条の2第1項の規定により、任意継続組合員となることを希望するので申し出ます。 公立学校共済組合沖縄支部長 殿 令和 8 年 3 月 31 日 〒 900 - 8571 住所 那覇市寄宮1丁目2番16号 沖縄 花子 【電話番号: 098 - 866 - 2720 】									

住所変更のある方は、退職後こちらの住所に必要な書類を送付します。退職後すぐに住所変更しない方は、住所変更後に記載事項等変更申告書をご提出ください。

事前申告でも退職日以降の日付

をお願いします。
 (例) 3/31が退職予定者が事前申告をする場合は、**3/31**

必ず連絡が取れる住所と電話番号をご記入ください。

- 退職前に認定されていた被扶養者がいる方は、「任意継続組合員申出時の被扶養者確認書」を提出してください。
- 認定を継続する場合は、被扶養者の要件を満たしているか確認してください。継続認定の方は、年に1度被扶養者の要件を満たしているかの確認「検認」を行います。
- ※ 申出日は、退職日以降の日付となります。

任意継続組合員申出時の被扶養者継続認定(取消)確認書

※任意継続の加入申出をする組合員に被扶養者がいる場合は必ず提出してください。

- 継続認定について
現在、認定を受けている被扶養者について、継続認定を希望する場合は「継続認定」にレ点を記入し、対象の被扶養者情報を記入してください。
※年に1度被扶養者の要件を満たしているを確認するため、「検認」を行います。
- 取消しについて
扶養替えや就職等により認定の継続を希望しない場合は、「取消」にレ点を記入し、対象の被扶養者情報を記入してください。(処理後に喪失証明書を交付します。)

□には該当するものにレ点を記入してください。

継続認定(取消)を受けようとする者											
□ 継続認定	対象者	氏名(フリガナは左詰、姓と名は1字あける)				生 年 月 日			性別	続柄	認定区分
		フリガナ						元号	3.昭	4.平	5.令
	氏名						元	年	月	日	
□ 取消	対象者	住所 〒 [] [] [] [] - [] [] [] [] <同居・別居> (どちらかに○をつけてください。)									
		(組合員と別居の場合に記入)									
(継続認定の場合のみ記入) マイナ保険証利用可能な方は発行対象外です。											
資格確認書発行の要否: <input type="checkbox"/> 発行が必要 (様式下欄の※の理由に該当する場合にチェックを入れてください。)											
□ 継続認定	対象者	氏名(フリガナは左詰、姓と名は1字あける)				生 年 月 日			性別	続柄	認定区分
		フリガナ						元号	3.昭	4.平	5.令
	氏名						元	年	月	日	
□ 取消	対象者	住所 〒 [] [] [] [] - [] [] [] [] <同居・別居> (どちらかに○をつけてください。)									
		(組合員と別居の場合に記入)									
(継続認定の場合のみ記入) マイナ保険証利用可能な方は発行対象外です。											
資格確認書発行の要否: <input type="checkbox"/> 発行が必要 (様式下欄の※の理由に該当する場合にチェックを入れてください。)											
□ 継続認定	対象者	氏名(フリガナは左詰、姓と名は1字あける)				生 年 月 日			性別	続柄	認定区分
		フリガナ						元号	3.昭	4.平	5.令
	氏名						元	年	月	日	
□ 取消	対象者	住所 〒 [] [] [] [] - [] [] [] [] <同居・別居> (どちらかに○をつけてください。)									
		(組合員と別居の場合に記入)									
(継続認定の場合のみ記入) マイナ保険証利用可能な方は発行対象外です。											
資格確認書発行の要否: <input type="checkbox"/> 発行が必要 (様式下欄の※の理由に該当する場合にチェックを入れてください。)											

上記のとおり申告します。

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

年 月 日

組合員番号 公共沖

(組合員)

〒 [] [] [] [] - [] [] [] []

住所

氏名

※ 資格確認書発行理由(以下の理由に該当する場合に限り交付します。)

- マイナンバーカードを取得していない、または返納したため
- マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない、または利用登録を解除したため
- マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要があるため
- マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れた、または紛失・更新中のため

共済組合受付印

任意継続組合員申出時の

事前申告でも退職日以降の日付

をお願いします。

(例) 3/31が退職予定者について

3月中に提出する場合は、3/31で押印。

受付
R8.3.31

※任意継続の加入申出をする組合員に被扶

1. 継続認定について
現在、認定を受けている被扶養者について、継続認定にレ点を記入し、対象の被扶養者情報を記入してください。
※年に1度被扶養者の要件を満たしているを確認してください。
2. 取消しについて
扶養替えや就職等により認定の継続を希望しない被扶養者について、対象の被扶養者情報を記入してください。(処理後)

この書類は、任意継続組合に加入を希望する方で、被扶養者がいる方は全員提出してください。
退職日の翌日からの認定継続が取消とするか確認するための書類です。

には該当するものにレ点を記入してください。

継続認定

<input checked="" type="checkbox"/> 継続認定 <input type="checkbox"/> 取消	対象者	氏名(フリガナは左詰、姓と名は1字あける)	生 年 月 日	性別	続柄	認定区分
		フリガナ オキナワ タロウ	元号 3.昭 4.平 5.令 元 年 月 日	<input checked="" type="radio"/> 1.男 <input type="radio"/> 2.女	1	2.特別
		氏名 沖縄 太郎	3 5 0 0 1 0 1			
		住 所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居 (どちらかに○をつけてください。)			
		(組合員と別居の場合に記入)				
		(継続認定の場合のみ記入) マイナ保険証利用可能な方は発行対象外です。				
		資格確認書発行の要否: <input type="checkbox"/> 発行が必要 (様式下欄の※の理由に該当する場合にチェックを入れてください。)				
<input type="checkbox"/> 継続認定 <input checked="" type="checkbox"/> 取消	対象者	氏名(フリガナは左詰、姓と名は1字あける)	生 年 月 日	性別	続柄	認定区分
		フリガナ オキナワ ソラ	元号 3.昭 4.平 5.令 元 年 月 日	<input checked="" type="radio"/> 1.男 <input type="radio"/> 2.女	11	2.特別
		氏名 沖縄 青空	4 1 6 0 3 0 1			
		住 所	〒 1 0 1 - 0 0 6 2 <同居・別居> (どちらかに○をつけてください。)			
		東京都千代田区神田駿河台2-9-5 (組合員と別居の場合に記入)				
		(継続認定の場合のみ記入) マイナ保険証利用可能な方は発行対象外です。				
		資格確認書発行の要否: <input type="checkbox"/> 発行が必要 (様式下欄の※の理由に該当する場合にチェックを入れてください。)				
<input checked="" type="checkbox"/> 継続認定 <input type="checkbox"/> 取消	対象者	氏名(フリガナは左詰、姓と名は1字あける)	生 年 月 日	性別	続柄	認定区分
		フリガナ オキナワ ウミ	元号 3.昭 4.平 5.令 元 年 月 日	<input type="radio"/> 1.男 <input checked="" type="radio"/> 2.女	21	2.特別
		氏名 沖縄 美海	4 2 0 0 3 3 1			
		住 所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居 (どちらかに○をつけてください。)			
		(継続認定の場合のみ記入) マイナ保険証利用可能な方は発行対象外です。				
		資格確認書発行の要否: <input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要 (様式下欄の※の理由に該当する場合にチェックを入れてください。)				

事前申告でも退職日以降の日付

をお願いします。

(例) 3/31が退職予定の場合、3/31を記入

上記のとおり申告します。

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

令和 8 年 3 月 31 日

組合員番号 公共 101125

(組合員)

〒 **9 0 0 - 8 5 7 1**

住 所 **那覇市寄宮1丁目2番16号**

氏 名 **沖縄 花子**

※ 資格確認書発行理由(以下の理由に該当する場合に限り交付します。)

- (1) マイナンバーカードを取得していない、または返納したため
- (2) マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない、または利用登録を解除したため
- (3) マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要があるため
- (4) マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れた、または紛失・更新中のため

共済組合受付印