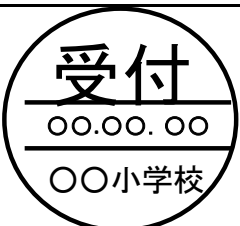


### 任意継続組合員申出書

所 属 所 名		共 済 組 合 受 付 印	
組合員等記号・番号		公立島根	
氏 名			
生 年 月 日		昭和 年 月 日 平成	
退職（任期满了） 年 月 日		組 合 員 期 間	年 月
退職（任期满了）時 の標準報酬の月額		円 任 意 継 続 掛 金 の 支 払 方 法	一括払い ・ 月払い
チェック欄  ※左記の内容を必ず 確認し、該当する場 合にはチェックを付し てください。	<input type="checkbox"/> 私は家族が加入している健康保険 （共済組合を含む）の被扶養者に はなりません。 ⇒ 被扶養者になる場合には、 本申出書は提出しないでください。		
	<input type="checkbox"/> 今回、同時に退職する公立学校共済 組合の組合員である配偶者がいます。		配偶者の組合員 等記号・番号 公立 島根
	<input type="checkbox"/> 退職後に 住所が 変わります。		変 更 後 の 内 容 住 所 (〒 - ) 自 宅 Ⅱ - - 携 帯 Ⅱ - -
	被扶養者 <small>退職時に被扶養者認定されている          方全員の氏名を記入の上、任意継          続加入後も継続して認定するか取          消とするか、いずれかに☑を付し          てください。なお、取消の場合          はその理由も記入してください。</small>		
氏名	継続 取消 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	氏名	継続 取消 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(取消の場合はその理由)		(取消の場合はその理由)	
氏名	継続 取消 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	氏名	継続 取消 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(取消の場合はその理由)		(取消の場合はその理由)	
<small>※ 被扶養者の主たる扶養者が組合員ではなくなる場合（【例】組合員の退職に伴い、高校生の子供の扶養手当を配偶者に付け替える、配          偶者の方が収入が多くなる等）は認定を継続できませんのでご注意ください。</small>			
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。 公立学校共済組合島根支部長 様 令和 年 月 日			
申 出 者		住 所 (〒 - )	
		氏 名 (自署によらない場合は押印が必要です。)	
		自 宅 Ⅱ - -	
		携 帯 Ⅱ - -	
所属所受付印		上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。	
		令和 年 月 日	
		所属所名	
		所属所長（職・氏名）	
公印			
共済組合使用欄			
事務次長	担当	電算入力日	

任意継続組合員申出書

記入例

所属所名	〇〇小学								
組合員等記号・番号	公立島根 〇〇								
氏名	共済 太								
生年月日	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日 平成								
退職(任期满了)年月日	令和 〇〇年〇〇月〇〇日	組合員期間	〇〇年〇月						
退職(任期满了)時の標準報酬の月額	〇〇〇, 〇〇〇円	任意継続掛金の支払方法	一括払い・月払い						
チェック欄 ※左記の内容を必ず確認し、該当する場合にはチェックを付してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 私は家族が加入している健康保険(共済組合を含む)の被扶養者にはなりません。 <input type="checkbox"/> 私は家族が加入している健康保険(共済組合を含む)の被扶養者になる場合は、本申出書は提出しないでください。 <input type="checkbox"/> 今回、同時に退職する公立学校組合の組合員である配偶者がいる。								
	<input type="checkbox"/> 退職後に住所が変わります。	変更後の内容	住所 自宅TEL						
	※一括払いには、掛金の割引制度があります。また、掛金の納付漏れによる任意継続自動脱退の恐れもないため、一括払いをお勧めします。								
被扶養者 退職時に被扶養者認定されている方全員の氏名を記入の上、任意継続加入後も継続して認定するか取消とするか、いずれかに☑を付してください。なお、取消の場合はその理由も記入してください。	氏名	共済 小太郎	継続 取消 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	氏名	共済 小花	継続 取消 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	氏名		継続 取消 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	(取消の場合はその理由)		就職したため	(取消の場合はその理由)		配偶者に扶養替えるため	(取消の場合はその理由)		
	氏名		継続 取消 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	氏名		継続 取消 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	氏名		継続 取消 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	(取消の場合はその理由)			(取消の場合はその理由)			(取消の場合はその理由)		
※ 被扶養者の主たる扶養者が組合員である場合は、その扶養者を組合員に引き継ぐ必要を配偶者に付け替える、配偶者の方が収入が多くなる等)									
地方公務員等共済組合法第144条の2第1項に基づき、任意継続加入を希望する。				退職日を記入してください。 ※年度末退職の場合は、当該年の3月31日を希望するので記入してください。					
公立学校共済組合島根支部長 様 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日				申出者 住所 (〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇〇町〇〇番地〇 氏名 〇〇 〇〇 自宅TEL 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (要です。) 携帯TEL 〇〇〇					
所属所受付印		上記の記載事項は、事実と相違ない。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 所属所名 〇〇小学校 所属所長(職・氏名) 校長 公立 花子							
		〇〇〇 小学校 長 印							
事務次長		退職日の日付の所属所の收受印を必ず押印してください。 ※年度末退職の場合は、当該年の3月31日で押印してください。							