

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 平成		年 月 日									
退職（任期満了） 年 月 日		令和 年 月 日		組 合 員 期 間		年 月							
退職（任期満了）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。		☐ 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。											
		☐ 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					
		☐ 退職後に住所が変わります。				配偶者氏名							
		変更後の内容		住所		(〒 -)							
				自宅Tel		- -							
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		継続 取消 ☐ ☐		氏名		継続 取消 ☐ ☐		氏名		継続 取消 ☐ ☐	
		(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)			
		氏名		継続 取消 ☐ ☐		氏名		継続 取消 ☐ ☐		氏名		継続 取消 ☐ ☐	
		(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。											
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Tel		- -									
		携帯Tel		- -									
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 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。	☒ 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。 ☐ 今回、同時に退職する公立学 組合の組合員である配偶者が ☐ 退職後に 住所が 変わります。 変更後 の内容 住所 自宅TEL	
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 ☐ ☒ (取消の場合はその理由) 就職したため	氏 名 共 済 小花 継続 取消 ☐ ☒ (取消の場合はその理由) 配偶者に扶養替えるため
	氏 名 継続 取消 ☐ ☐ (取消の場合はその理由)	氏 名 継続 取消 ☐ ☐ (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、被扶養者を組合員に引き継ぐ場合は、被扶養者の収入が配偶者の収入を超える等）		
地方公務員等共済組合法第144条の2第 一項に基づき、 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	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 記入してください。	
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 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 自宅TEL 〇〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 携帯TEL 〇〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 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	
事務次長	退職日の日付の所属所の収受印を必ず押印 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。	