

任意継続組合員申出書

現職時の組合員等番号				退職時の所属所名				退職年月日				
								令和	年		月	日
氏名				性別		生		年		月	日	
						<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年		月	日	
住所								資格確認書発行要否				
〒								<input type="checkbox"/> 発行を希望 ※原則マイナ保険証未所持の方のみ				
電話番号(ハイフンなし)						退職時の標準報酬等級(短期)		退職時の標準報酬月額(短期)				
						等級		円				
任意継続資格取得後継続して扶養する必要がある被扶養者氏名												
①		氏名		続柄				②		氏名		続柄
③		氏名		続柄				④		氏名		続柄
任意継続掛金納付方法												
チェック欄		納付方法(希望する項目に☑)				注意事項						
①		<input type="checkbox"/>		納付書払いで一括納付を希望する		納付期限までに必ず納付してください。 期限までに納付がない場合は資格取得することができません。						
②		<input type="checkbox"/>		納付書払いで毎月納付を希望する								
③		<input type="checkbox"/>		口座振替で一括納付を希望する		阿波銀行のみでの対応です。 他行での口座振替は対応できません。 希望する方は後日、口座振込登録手続きに関する書類を送付します。 なお、申出後1か月分の掛金に関しては、納付書での対応になる場合があります。						
④		<input type="checkbox"/>		口座振替で毎月納付を希望する								
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、任意継続組合員になることを希望するので申し出ます。 上記のとおり、引き続き被扶養者の認定をお願いします。 令和 年 月 日 申出者氏名 (印) (自署の場合省略可)												
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 職名 所属所長 氏名												
<div>所属所受付年月日 ◆所属所の文書受付印の押印又は受付印がない場合は、年月日、担当者印を記入押印してください。 令和 年 月 日</div>												

【備考】

- 被扶養者の認定継続手続は、任意継続加入後1年以内に行います。
- 被扶養者の取消について、収入が被扶養者認定基準額を超えた時など、取消事由が発生した場合には、速やかに届け出てください。
- 被扶養者が認定取消日以後に受けた給付がある場合には医療費の返還請求を行います。

共済組合使用欄	5						
資格取得日							

公立学校共済組合	受付欄	
----------	-----	--

任意継続組合員申出書

現職時の組合員等番号							退職時の所属所名							退職年月日													
1	2	3	4	5	6	7	〇〇小学校							令和	7	年	3	月	31	日							
氏名							性別							生年月日													
公立 太郎							男							<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 39 年 1 月 1 日													
住 居														資格確認書発行要否													
〒 770 - 8941 徳島市万代町1丁目1番地1														マイナ保険証を所持している方については、資格確認書を発行しません。							<input checked="" type="checkbox"/> 発行を希望 ※原則マイナ保険証未所持の方のみ						
電話番号(ハイフンなし)														退職時の標準報酬等級(短期)							退職時の標準報酬月額(短期)						
0	9	0	8	7	6	5	4	3	2	1	22 等級							300,000 円									
任意継続資格取得後継続して扶養する必要がある被扶養者氏名																											
氏名							続柄							氏名							続柄						
① 公立 花子							妻							②													
③																											
任意継続掛金納付方法																											
チェック欄		納付方法(希望する項目に☑)																									
① <input checked="" type="checkbox"/>		納付書払いで一括納付を希望する																									
② <input type="checkbox"/>		納付書払いで毎月納付を希望する																									
③ <input type="checkbox"/>		口座振替で一括納付を希望する																									
④ <input type="checkbox"/>		口座振替で毎月納付を希望する																									
納付期限までに必ず納付してください。期限までに納付がない場合は資格取得することができません。																											
阿波銀行のみでの対応です。他行での口座振替は対応できません。希望する方は後日、口座振込登録手続きに関する書類を送付します。なお、申出後1か月分の掛金に関しては、納付書での対応になる場合があります。																											
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、任意継続組合員になることを希望するので申し出ます。 上記のとおり、引き続き被扶養者の認定をお願いします。 令和 8 年 3 月 31 日 申出者氏名 公立 太郎 (自署の場合省略可)																											
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 8 年 3 月 31 日 職名 〇〇小学校長 所属所長 氏名 徳島 次郎																											
所属所受付年月日 ◆所属所の文書受付印の押印又は受付印がない場合は、年月日、担当者印を記入押印してください。 受付 R08.03.31 令和 年 月 日																											

【備考】

- 被扶養者の認定継続手続は、任意継続加入後1年以内に行います。
- 被扶養者の取消について、収入が被扶養者認定基準額を超えた時など、取消事由が発生した場合には、速やかに届け出てください。
- 被扶養者が認定取消日以後に受けた給付がある場合には医療費の返還請求を行います。

共済組合使用欄	5						
資格取得日							

公立学校共済組合	受付欄	
----------	-----	--