

組合員資格喪失証明書

組 合 員										組 合 名	
記号番号	公立東京								枝番 00	保険者番号	3 4 1 3 0 0 1 3
氏名										名称	公立学校共済組合東京支部
生年月日	昭和	・	平成	年	月	日	所在地				東京都新宿区西新宿二丁目8番1号 東京都教育庁福利厚生部内
所属所名										電話番号	0 3 (5 3 2 0) 6 8 2 6

資格喪失年月日	令和	年	月	日	退職年月日	令和	年	月	日
					異動等年月日	令和	年	月	日

資格を喪失する被扶養者

氏名	性別	生年月日	続柄	備考
		昭和・平成・令和 年 月 日		
		昭和・平成・令和 年 月 日		
		昭和・平成・令和 年 月 日		
		昭和・平成・令和 年 月 日		
		昭和・平成・令和 年 月 日		
		昭和・平成・令和 年 月 日		

上記の者は、組合員（組合員の被扶養者）の資格を喪失したことを証明します。

令和 年 月 日

所属所名称

所在地

電話番号

所属所長 職氏名

公印