

組合員資格喪失証明書

組合員								組合名	
記号番号	公立東京	000000000000	枝番	00	保険者番号	34130013			
氏名									名称
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
									03(5320)6826

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

資格を喪失する組合員・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