

## 任意継続組合員資格喪失申出書

任意継続組合員等記号番号	公立富					
退職年 月 日	令和 年 月 日					
<p style="text-align: center;">※</p> <p>地方公務員等共済組合法第144条の2第5項第 号の規定により、任意継続組合員でなくなることを希望するので申し出ます。</p> <p>理由（該当する理由の番号を○で囲んでください。）</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">1. 国民健康保険に加入するため（R 年 月 日より） …… 5号</td> <td rowspan="3" style="font-size: 3em; vertical-align: middle; padding-left: 10px;">}</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle; padding-left: 5px;">※</td> </tr> <tr> <td>2. 家族の被扶養者になるため（R 年 月 日より） …… 5号</td> </tr> <tr> <td>3. 就職により他の健康保険の被保険者になったため …… 4号</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">（R 年 月 日資格取得）</p> <p>4. その他（ ）</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;"><b>公立学校共済組合富山支部長 殿</b></p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">(〒 - )</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">申出者 住所</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">氏名</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">(自署)</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">TEL ( )-( )-( )</p>		1. 国民健康保険に加入するため（R 年 月 日より） …… 5号	}	※	2. 家族の被扶養者になるため（R 年 月 日より） …… 5号	3. 就職により他の健康保険の被保険者になったため …… 4号
1. 国民健康保険に加入するため（R 年 月 日より） …… 5号	}	※				
2. 家族の被扶養者になるため（R 年 月 日より） …… 5号						
3. 就職により他の健康保険の被保険者になったため …… 4号						

- ・ 喪失理由1・2の場合は資格喪失申出書を共済組合が受理した後、「資格喪失証明書」を送付します。（※送付時期は、資格喪失日以降となります。）
- ・ 資格確認書等は、資格喪失日後1週間以内に返却してください。
- ・ 喪失理由3に該当する場合は、就職先で交付される「資格確認書」の写し又はマイナポータルにおける「医療保険の資格情報」（当該資格確認情報の保存日時が資格喪失申出書の提出日以前1月以内のものに限る）をプリントアウトしたものと、交付済みの資格確認書等を添付してください。（資格確認のお知らせは返却不要）

記入例

任意継続組合員資格喪失申出書

<任意継続2年目を辞めて国民健康保険に加入したい場合>

任意継続組合員等記号番号	公立富 ○○○○○○
退職年月日	令和 7年 3月 31日

※

地方公務員等共済組合法第144条の2第5項第 号の規定により、任意継続組合員でなくなることを希望するので申し出ます。

理由（該当する理由の番号を○で囲んでください。）

注) 1.または2.による理由での喪失申出は当支部が受付けた日の属する月の翌月1日が喪失日となります。

1. 国民健康保険に加入するため (R 8年 4月 1日より) …… 5号

2. 家族の被扶養者になるため (R 年 月 日より) …… 5号

3. 就職により他の健康保険の被保険者になったため …… 4号

(R 年 月 日資格取得)

4. その他 ( )

公立学校共済組合富山支部長 殿

令和 8年 3月 15日

※この日付が4月で、4月中に当支部が受付けた場合は国民健康保険の加入が翌月5月1日となります。

(〒○○○-○○○○)

申出者 住所 ○○市○○町○○-○○

氏名 公立 太郎

(自署)

TEL (○○○)-(○○○)-(○○○○)

- 喪失理由1・2の場合は資格喪失申出書を共済組合が受理した後、「資格喪失証明書」を送付します。(※送付時期は、資格喪失日以降となります。)
- 資格確認書等は、資格喪失日後1週間以内に返却してください。
- 喪失理由3に該当する場合は、就職先で交付される「資格確認書」の写し又はマイナポータルにおける「医療保険の資格情報」(当該資格確認情報の保存日時が資格喪失申出書の提出日以前1月以内のものに限る)をプリントアウトしたものと、交付済みの資格確認書等を添付してください。