

令和 年 月 日

福井県市町村職員共済組合理事長 様

組合員証記号番号 ー

申請者氏名 ⑩

(自署の場合、押印は不要です。)

(組合員との続柄 \*1 )

## 資格喪失証明書交付申請書

下記の者に係る、資格喪失年月日の証明をいただきますようお願いいたします。

記

① 証明書交付申請理由 *2		
② 資格喪失証明書の交付を必要とする者 *3		
対象者氏名	組合員との続柄	生年月日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

\*1 申請者が組合員以外の場合には、必ず「組合員との続柄」を記入してください。

\*2 「①証明書交付申請理由」欄は必ず記入してください。用途が明らかでない場合には、証明書の交付を行いません。

\*3 組合員本人の資格喪失証明書の交付を希望される場合、「② 資格喪失証明書の交付を必要とする者」欄に組合員本人について記入してください。

\*4 「資格喪失証明書」は、資格喪失日以後の交付となります。