

# 任意継続組合員資格喪失申出書

|                               |   |   |   |   |  |  |  |           |  |           |  |
|-------------------------------|---|---|---|---|--|--|--|-----------|--|-----------|--|
| ① 任意継続組合員証の記号番号               |   |   |   |   |  |  |  | ② 組合員氏名   |  |           |  |
| 9                             | 8 | 0 | — |   |  |  |  |           |  |           |  |
| ③ 申出者氏名（申出者が組合員本人の場合、記入不要です。） |   |   |   |   |  |  |  | ④ 続柄      |  | ⑤ 共済貯金の有無 |  |
|                               |   |   |   |   |  |  |  |           |  | 有 ・ 無     |  |
| ⑥ 住所                          |   |   |   |   |  |  |  |           |  |           |  |
| 〒                             |   |   |   | — |  |  |  | 電話番号（ ） - |  |           |  |
|                               |   |   |   |   |  |  |  |           |  |           |  |
| ⑦ 資格喪失年月日                     |   |   |   |   |  |  |  |           |  |           |  |
| 令和 年 月 日                      |   |   |   |   |  |  |  |           |  |           |  |
| ⑧ 喪失した又は喪失を希望する理由             |   |   |   |   |  |  |  |           |  |           |  |
|                               |   |   |   |   |  |  |  |           |  |           |  |
| 上記のとおり申し出ます。                  |   |   |   |   |  |  |  |           |  |           |  |
| 福井県市町村職員共済組合理事長 様             |   |   |   |   |  |  |  |           |  |           |  |
| 令和 年 月 日                      |   |   |   |   |  |  |  |           |  |           |  |
| 申出者氏名                         |   |   |   |   |  |  |  |           |  | 印         |  |
| (自署の場合、押印は不要です。)              |   |   |   |   |  |  |  |           |  |           |  |

＊ 留意事項

- ① 健康保険等の被保険者等となった場合には、被保険者証のコピーを添付してください。
- ② 任意継続組合員証・任意継続組合員被扶養者証・特定健康診査受診券は返還してください。（この申出書とともに返還してください。）
- ③ 喪失後、資格喪失日の証明が必要な方は、「資格喪失証明書交付申請書」を提出してください。
- ④ 共済貯金を利用している場合には、解約届を提出してください。

組合処理欄

|          |    |
|----------|----|
| 資格喪失年月日  | 入力 |
| 令和 年 月 日 |    |

受 付

