

| | | | |
|----|----|----|----|
| 課長 | 補佐 | 主幹 | 担当 |
| | | | |

掛金 / 月分まで納入済み

| | | |
|-----------|-----------|----------|
| 整理簿 記入 | 調定簿 記入 | 台帳 記入 |
| | | |
| ・ | ・ | ・ |
| 組合員証返納済 | | |

任意継続組合員資格喪失申出書

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------|
| 受理年月日 | ※ 令和 年 月 日 | 資格喪失年月日 | ※ 令和 年 月 日 |
| (ふりがな) 任意継続組合員氏名 | キョウサイ タロウ 共済太郎 | 住所 | 前橋市元総社町 335-8 |
| 任意継続組合員証の記号-番号 | 200-999999 | 組合から受けている給付傷病名 | ※ |
| 資格喪失理由 <small>該当する番号・項目に○をし、その他の場合は、資格喪失理由を具体的に記入してください。</small> | ①. 令和△年4月1日から { 全国健康保険協会 健康保険組合・共済組 国民健康保険 } に { 加入予定の 加入した } ため。 2. その他 () | | |
| 任意継続組合員証等の返納 | 1. 添付しました。 ②. 任意継続の資格喪失後、10日以内に返納します。 | | |
| <p>上記のとおり任意継続組合員でなくなることを希望しますので申し出ます。</p> <p>群馬県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 △ 年 3 月 20 日</p> <p>住所 前橋市元総社町335-8</p> <p>申出者 氏名 共済太郎</p> <p>電話番号 027-290-1357</p> | | | |

- (注) 1 任意継続組合員資格は、本人が健康保険等の被保険者となった場合を除き、原則としてこの申出書を組合が受理した月の翌月初日に喪失いたします。
- 2 資格喪失理由欄で、1の「加入した」又は2に該当するときは、本申出書に任意継続組合員証等を必ず添付し、返納してください。
- 3 資格喪失理由が社会保険等に加入（再就職した場合など）したことによる場合は、加入した社会保険の保険証（又は組合員証）の写しを添付してください。
- 4 ※印欄は記入しないでください。