任意継続組合員資格喪失申出書

申出者	任意継続組合員等記号・番号	組合員氏名
	30○－ ×××××	共 済 太 郎

組合受理日
※ この欄は共済組合が記入 令和　　年　　月　　日

任意継続組合員掛金の納入状況	令和 ＸＸ 年 3月 31 日分まで納入済
任意継続組合員の加入期間について	任意継続組合員に、いつまで加入希望かを記入してください。 令和 ＸＸ 年 ○○ 月 ○○ 日まで加入希望 死亡の場合は、死亡年月日を記入してください。 （死亡年月日）令和　　年　　月　　日
任意継続組合員を脱退後の健康保険	脱退後新たに加入される（加入された）健康保険の名称 （ 社会保険 ） その健康保険証の記号番号（記号番号が未決定の場合は「未定」と記入）及び本人家族の区別 （ 記号番号 △△△△△△　○1 被保険者本人 2 被保険者の被扶養者 ）

上記のとおり任意継続組合員でなくなることを申し出ます。

令和 ＸＸ 年 ○○ 月 ○○ 日

申出者（任意継続組合員）

住所　〒870-0022

大分市大手町2丁目3番12号

氏名　共 済 太 郎

大分県市町村職員共済組合理事長　様

※ 任意継続組合員組合員証は資格喪失後に共済組合へ返納ください。

提出先　〒870－0022　大分県大分市大手町２丁目３番12号　大分県市町村職員共済組合

※共済組合記入欄
証添付　有 ・ 無