



決	課長	合議	担当
裁			

**任意継続組合員 資格喪失申出書
任意継続掛金 還付請求書**

組合員等 記号番号 又は個人番号	-	氏名	
資格喪失事由 (該当する欄に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください)		資格喪失日	
<input type="checkbox"/>	就職し、勤務先の健康保険の被保険者になった。または他の共済組合の組合員になった。 【添付書類】健康保険加入日がわかる書類 (「資格情報通知書の写し」又は「資格確認書の写し」)	令和 年 月 日	健康保険等の資格を取得した日になります。
<input type="checkbox"/>	任意継続組合員でなくなることを希望する。 (国民健康保険に加入する。または家族の被扶養者になる。)	令和 年 月 1 日	『共済組合が申出書を受理した日』の属する月の翌月1日となります。
<input type="checkbox"/>	任意継続組合員が死亡した。 【添付書類】①死亡したことがわかる書類(死体火葬許可証の写等) ②戸籍謄本	令和 年 月 日	死亡した日の翌日となります。
組合員貯金解約時の振込口座と別の口座へ振込を希望する場合は、下記に口座情報をご記入ください。			
還付する指定 金融機関	金融機関名	支店名	
	預金種別	1. 普通預金 2. 当座預金	口座番号 <small>左つめで記入してください</small>
	預金口座名義	フリガナ	
		氏名	
<p>上記のとおり任意継続組合員の資格を喪失したいので申し出ます。また、掛金に過納が生じたときは当該掛金について還付請求します。</p> <p align="center">石川県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日</p> <p align="center">〒</p> <p align="center">住 所</p> <p align="center">申出者 氏名 (請求者) Ⓜ</p> <p align="center">電話番号 ()</p> <p align="center">任意継続組合員との続柄</p>			
※資格喪失年月日	令和	年	月 日
※還付対象となる期間	令和	年	月分から 令和 年 月分まで
※還付請求金額	円		

《注意》

- ※印欄は記入しないでください。
- 任意継続組合員の資格確認書(組合員分及び被扶養者分)を交付されている場合は、資格喪失後すみやかに共済組合へ返納してください。また、資格喪失後に資格確認書は使用しないでください。