任意継続組合員　資格喪失申出書

京都市職員共済組合理事長　あて　　京都市職員共済組合

共済組合受付印

共　済　組　合　事　務　処　理　欄			
伺	事務局次長	係長	係員
年　　月　　日で資格喪失することを決定します。			

組合員の記号・番号	○○　―　××××××	組合員氏名	共済　太郎

該当する申出理由に☑を入れてください。

☑　任意継続組合員が再就職し、他の健康保険等に加入するため

・新たに交付された資格確認書・資格情報通知書等の内容を下記に記入し、コピーを添付してください。

保険者の名称	○○健康保険組合	被保険者の記号・番号	△△　―　□□□□□
交付年月日	○○年　○○月　○○日	資格取得年月日	○○年　○○月　○○日

☐　任意継続組合員の資格喪失を希望するため

・資格喪失日は、地方公務員等共済組合法第144条の２第５項第５号により、当組合が受け付けた日の翌月１日となります。

☐　任意継続組合員の死亡のため

（下記に、今後共済組合からお支払いする給付金の振込口座を記入してください。）

・組合員の死亡の事実を証明する書類を添付してください。

・申出者が、組合員の死亡時点における組合員被扶養者ではない場合は、組合員と申出者との続柄等の関係を証明する書類も併せて添付してください。

金融機関名	種別	口座番号（右づめ）
銀行・農協 金庫・組合　　支店	普通 普通以外のときは下記に記入してください （　　）	

フリガナ

名　義

※　ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名（漢数字3文字）・預金種目（普通または貯蓄）・口座番号（数字7けた）を記入してください。

※　下記申出者と同じ名義のものに限ります。

上記のとおり任意継続組合員資格の喪失を申し出ます。　　○○年　○○月　○○日

申出者				
住所	郵便番号　6 0 4 － 8 5 7 1 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町４８８番地 電話番号（　０７５　）　２２２　－　××××			
氏名	共済　太郎	組合員との続柄	☑ 本人 ☐ その他 （　　）	

※　資格確認書等の交付を受けている場合は、資格喪失後に御返却ください。

※　資格喪失証明書が必要な場合は、「組合員（被扶養者）資格喪失証明願」に必要事項を記入し、併せて御提出ください。