

組合員（被扶養者）資格喪失証明願

京都市職員共済組合理事長 へ

京都市職員共済組合

申請者氏名	共済 太郎	申請日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
申請者住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地		
該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。			
下記の者が京都市職員共済組合の <input type="checkbox"/> 組合員（本人） の資格を喪失していることを証明してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 組合員被扶養者（家族）			

保険者番号	32260317		
組合員証 記号番号	〇〇 - ×××××	組合員氏名	共済 太郎
生年月日	昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別	男・女
資格取得日	昭和・平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
資格喪失日	昭和・平成・令和 年 月 日	資格喪失日は「退職日の翌日」です	

被扶養者氏名	組合員との続柄	性別	資格喪失年月日	備考
共済 花子 昭平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	妻	男・女 女	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 令和	
昭平・令 年 月 日		男・女	平成 年 月 日 令和	
昭平・令 年 月 日		男・女	平成 年 月 日 令和	
昭平・令 年 月 日		男・女	平成 年 月 日 令和	
昭平・令 年 月 日		男・女	平成 年 月 日 令和	