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 あて　　京都市職員共済組合

申請者氏名	共済　太郎	申　請　日	○○　年　○○　月　○○　日
申請者住所	〒　○○○　－　○○○○ 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☑を入れてください。

下記の者が京都市職員共済組合の　☐ 組合員（本人）　☑ 組合員被扶養者（家族）　の資格を喪失していることを証明してください。

保険者番号	３２２６０３１７		
組合員記号番号	○○　－　×××××	組合員氏名	共済　太郎
所属名	行財政局人事部厚生課		
生年月日	昭和・平成　○○　年　○○　月　○○　日	性別	男・女
資格取得日	昭和・平成・令和　○○　年　○○　月　○○　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 被扶養者生年月日	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　○○　年　○○　月　○○　日	妻	男・女	平成・令和　○○　年　○○　月　○○　日	
昭・平・令　年　月　日		男・女	平成・令和　年　月　日	
昭・平・令　年　月　日		男・女	平成・令和　年　月　日	
昭・平・令　年　月　日		男・女	平成・令和　年　月　日	
昭・平・令　年　月　日		男・女	平成・令和　年　月　日	
昭・平・令　年　月　日		男・女	平成・令和　年　月　日	