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		申　請　日	年　　月　　日
申請者住所	〒　　－		
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	
所　属　名			
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		

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
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	
昭・平・令　　年　　月　　日		男・女	平成 令和　　年　　月　　日	