

様式第2号

任意継続組合員資格喪失申出書

申出者	組合員等 記号・番号	記号	番号	名前			
喪失理由	住所	〒□□□-□□□□					
		連絡先電話番号 () -					
<input type="checkbox"/> ①組合員・健康保険の被保険者となったため (資格取得日 年 月 日) <input type="checkbox"/> ②後期高齢者医療制度の被保険者となったため (年齢到達除く) (資格取得日 年 月 日) <input type="checkbox"/> ③死亡したため (死亡日 年 月 日) <input type="checkbox"/> ④任意継続組合員の資格喪失を希望する (申出日 年 月 日) (国民健康保険へ加入する場合や家族の被扶養者になる場合が該当します)							
*資格喪失日は、申出日の翌月1日です。 (注) 申出日が喪失日とはなりません。							
<input type="checkbox"/> 「資格喪失証明書」を希望します。 (必要な場合は□の中に▼をしてください。)							
上記のとおり任意継続組合員でなくなることを申し出ます。							
広島県市町村職員共済組合理事長様 年 月 日 申出者名前							

※共済組合使用欄

資格喪失年月日	年 月 日	掛金納付方法	前納・月払
---------	-------	--------	-------

共済組合受付日付印	上記のとおり受理してよろしいか。				
	課長	課長補佐	係長	主務	係

- (注) 1. この申出書は、資格確認書（当該確認書の交付を受けている者に限る）を添付して提出してください。
 2. 喪失理由欄は、該当する理由の□に▼をし、①～③は、その日付を記入してください。
 3. 喪失理由が①・②の場合は、新たに加入された健康保険の資格取得日が確認できる書類の写しを添付してください。

(この申出書に記入された事項は、電子計算組織に登録し処理を行います。)