

派遣職員  
資格喪失届書  
継続長期組合員

記号		組合員氏名	
番号		生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成         年 月 日
公益的法人等  特定法人 (派遣先団体)	名 称  所在地	〒  (TEL )	
資格喪失日	令和 年 月 日	資格喪失事由	<input type="checkbox"/> 派遣終了 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他
喪失時仮定 標準報酬月額	円	資格喪失時における 被扶養者の有無及び人数	<input type="checkbox"/> 有 ( 人 ) <input type="checkbox"/> 無
上記の日において職員の資格を喪失したことを証明します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">職 名 所属機関の長 氏 名</div>			
所属機関名 (地方公共団体)		復帰(採用)時 標準報酬月額	等給 円
復帰・採用した日	令和 年 月 日		
上記の日において <input type="checkbox"/> 復 帰 <input type="checkbox"/> 採 用 したことを証明します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">職 名 所 属 所 長 氏 名</div>			
<input type="checkbox"/> 派遣職員 <input type="checkbox"/> 継続長期組合員 上記のとおり の資格を喪失しましたので届け出ます。 奈良県市町村職員共済組合理事長 殿 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">住 所 届 出 者 氏 名</div>			

備考 この届書には、次の書類を添付して下さい。  
 1 資格を喪失したことを証明する書類（地方公共団体に復帰又は採用時の辞令の写し等）  
 2 資格喪失時に被扶養者を有している場合は、派遣先で加入していた健康保険証の写し