

※	電算	福祉課確認	証返納				
			組合員証	組合員被扶養者証	高齢受給者証	特定疾病受領証	限度額適用認定証
			/	/	/	/	/

任意継続組合員資格喪失申出書 兼 任意継続掛金還付請求書

任意継続組合員証等				任意継続組合員氏名				
記号	番号							
資格喪失事由 (該当する番号に☑をしてください。)				資格喪失日				
<input type="checkbox"/>	1	就職し、勤務先の健康保険の被保険者になった (他の共済組合の組合員になった) ※保険証等のコピーを添付してください。		令和	年	月	日	健康保険等の資格 を取得した日
<input type="checkbox"/>	2	資格喪失を希望する (国民健康保険に加入する。または家族の被扶 養者になる。)		令和	年	月	1 日	申し出を受理した 日の属する月の翌 月 1 日
<input type="checkbox"/>	3	任意継続組合員が死亡した		令和	年	月	日	死亡した日の翌日
<p>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。任意継続組合員証等、任意継続組合員被扶養者証等については、資格喪失日が到来しましたら遅滞なく返納します。 また、未経過期間における任意継続掛金がある場合、当該掛金について下記のとおり請求します。</p>								
還付を受けようとする金額		短期	円	還付を受けようとする理由		任意継続組合員の資格を上記の日付で喪失し、未経過期間における任意継続掛金があるため		
		介護	円					
振 込 先	金融機関名		フリガナ					
	支店名		口座名義人 (請求者)					
	口座番号		普通預金に限ります。 口座番号は右づめで記入してください。					
<p>奈良県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>郵便番号 —</p> <p>住所</p> <p>申出者 (請求者)</p> <p>氏 名 続柄 ( )</p> <p>電話番号 — —</p>								

【注意事項】

1. 未経過期間における任意継続掛金がある場合、当該掛金については、任意継続組合員証等（被扶養がある方は任意継続組合員被扶養者証も併せて）を共済組合へ返納した後に還付いたします。
2. 請求者が相続人である場合は、「死亡診断書又はこれに代わるべき書類」及び「相続人であることを証明する書類（戸籍謄本等）」を添付してください。
3. ※印欄は、記入しないでください。