

※	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	〇〇〇	番号	〇〇〇〇	共済 太郎			
資格喪失事由 (該当する番号に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。)				資格喪失日			
<input checked="" type="checkbox"/>	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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	健康保険等の資格 を取得した日		
<input type="checkbox"/>	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"/>	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	〇〇,〇〇〇 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	〇〇,〇〇〇 円				
振込先	金融機関名	□□銀行		フリガナ	キョウサイ タロウ		
	支店名	□□支店		口座名義人(請求者)	共済 太郎		
	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p>郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇</p> <p>住所 □□□市□□町〇〇〇-〇〇</p> <p>申出者(請求者) 氏名 共済 太郎 続柄(本人)</p> <p>電話番号 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇</p>							

【注意事項】

- 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。
- 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。
- ※印欄は、記入しないでください。