

# 資格喪失証明書発行願

下記のとおり貴共済組合の  組 合 員 ・  被 扶 養 者 の資格喪失証明書を発行願います。

記 号 ・ 番 号	〇〇〇	・	〇〇〇〇
組 合 員 氏 名	共 済 太 郎		
被 扶 養 者 氏 名	氏	名	続 柄
	共 済 花 子		妻
及 び 続 柄			
資 格 喪 失 年 月 日	令 和	〇〇	年 〇〇 月 〇〇 日
申 請 理 由	国 民 健 康 保 険 加 入 時 に 必 要 な た め		

令 和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

奈 良 県 市 町 村 職 員 共 済 組 合 理 事 長 殿

職 名 □□□□ 長

所 属 所 長

氏 名 □□□□