

派遣職員
資格喪失届書
継続長期組合員

組合	記号		組合員氏名	
員証	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	〒 (TEL)		
	所在地			
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 職 名 所属機関の長 氏 名 印				
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 職 名 所 属 所 長 氏 名 印				
<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 住 所 届 出 者 氏 名 印				

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