

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

還付金額	短期	円
	介護	円

任意継続組合員証			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"/>	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"/>	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	

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、任意継続組合員被扶養者証については、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。

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。		

奈良県市町村職員共済組合理事長 殿

令和 年 月 日

郵便番号 —

住所

申出者
(請求者)

氏名 (印) 続柄 ()

電話番号 — —

【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（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。