

# 任意継続組合員 資格喪失申出書

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

組合員の 記号・番号	記号	番号							
---------------	----	----	--	--	--	--	--	--	--

該当する申出理由に☑を入れてください。

- 任意継続組合員が再就職し、他の健康保険等に加入するため  
 ・新たに加入された健康保険の資格の内容を以下に記入し、その資格情報が確認できる書類（資格情報通知書、資格確認書、マイナポータルの医療保険の資格情報画面等）のコピーを添付してください。

保険者の名称		記号		番号	
交付年月日	令和 年 月 日	資格取得年月日		令和 年 月 日	

- 任意継続組合員の資格喪失を希望するため  
 ・資格喪失日は、地方公務員等共済組合法第144条の2第5項第5号により、当組合が受け付けた日の翌月1日となります。

- 任意継続組合員の死亡のため  
 （下記に、今後共済組合からお支払いする給付金等の振込口座を記入してください。）  
 ・組合員の死亡の事実を証明する書類を添付してください。  
 ・申出者が、組合員の死亡時点における組合員被扶養者ではない場合は、組合員と申出者との続柄等の関係を証明する書類も併せて添付してください。

金融機関名	種別	口座番号(右づめ)			
銀行・農協 金庫・組合	普通 <small>普通以外のときは下記に記入してください</small> ( )				

フリガナ

名 義

※ ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名（漢数字3文字）・預金種目（普通又は貯蓄）・口座番号（数字7けた）を記入してください。  
 ※ 下記申出者と同じ名義のものに限ります。

被扶養者の有無 <small>※被扶養者証・資格確認書等を返納してください。</small>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (以下に被扶養者の氏名を記入してください)	※共済組合記入欄
被扶養者氏名		

上記のとおり任意継続組合員資格の喪失を申し出ます。 令和 年 月 日

申出者	住 所	〒 [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ]			
		電話番号 ( ) -			
	氏 名	組合員との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	資格喪失証明書	<input type="checkbox"/> 資格喪失証明書の発行を希望する			

共済組合受付印
---------

共 済 組 合 事 務 処 理 欄		
事務局長	医療係長	係
伺		
回収日	( <input type="checkbox"/> 受付印と同日 ・ 令和 年 月 日 )	