

## 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

組合員証の 記号・番号	記号	8	番号	1	2	3	4	5	6
----------------	----	---	----	---	---	---	---	---	---

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、他の健康保険等に参加するため

・新たに交付された被保険者証（組合員証）の内容を下記に記入し、そのコピーを添付してください。

保険者の名称	全国健康保険協会〇〇支部	被保険者証等の 記号・番号	記号	11010203	番号	123456
交付年月日	平成(令和)3年10月1日	資格取得年月日	令和3年10月1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 支店 (本店・出張所) 普通以外のときは下記 に記入してください ( )				

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。

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3年10月1日

申出者	住所	郵便番号	650	8570	神戸市中央区加納町6丁目5-1	電話番号	(078) 331-8181
	氏名	共済花子				組合員との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他

共済組合受付印
---------

共済組合事務処理欄			
	事務局次長	医療係長	係
伺			
証回収日 ( <input type="checkbox"/> 受付印と同日 ・ 令和 年 月 日 )			