

下記のとおり確認決定する 平成 年 月 日	課長	参事	課長補佐	主幹	G L	担当	合議

## 継続長期組合員資格喪失届書

組合員氏名		生年月日	年 月 日	組合員証 記号番号	—
公益法人等の名称		資格喪失日	平成 年 月 日		
公益法人等の所在地	〒	資格喪失事由	派遣終了・退職・死亡・その他 ( )		
	(Tel - - )	退職時仮定給料月額	円		

上記のとおり継続長期組合員の資格を喪失しましたので届け出ます。

滋賀県市町村職員共済組合理事長 殿

住所

平成 年 月 日

氏名

印

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日

職名

所属機関の長

氏名

印

- この届書には、継続長期組合員の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、採用する際の辞令の写し等)を添付してください。
- 派遣終了後被扶養者がある場合は、別途「被扶養者申告書」に所定の書類を添付して、提出してください。
- 退職時仮定給料月額は、公益法人等において退職(死亡を含む)したときに記入してください。