

下記のとおり決定する	課長	課長補佐	主幹	GL	担当	合議
年 月 日						

任意継続組合員資格喪失申出書

受理年月日	年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日
任意継続組合員証記号番号	—	現住所	〒 —
申出者氏名	フリガナ	任意継続組合員でなくなることを希望する日	年 月 日
資格喪失の理由			
任意継続組合員資格喪失証明書の交付を希望しますか。	希望しない・希望する	喪失証明書の使用用途	必要部数 通
<p>地方公務員等共済組合法第144条の2第5項の規定に基づき、任意継続組合員の資格を喪失したいので、上記のとおり申し出ます。</p> <p>滋賀県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>申出者</p>			

- (注) 1. この申出書は資格を喪失しようとする月の末日までに提出してください。
2. この申出書に任意継続組合員証を添付してください。
3. 就職等により喪失される場合は、新たに加入された健康保険組合等の保険証の写しを添付してください。
4. 太線内は記入しないでください。

還付する任意継続掛金があるときは、以下の還付請求書も記入してください。

短期・介護任意継続掛金還付請求書

区分	短期任意継続掛金	介護任意継続掛金
前納期間	自： 年 月分 至： 年 月分	自： 年 月分 至： 年 月分
還付期間	自： 年 月分 至： 年 月分	自： 年 月分 至： 年 月分
還付金計算		
還付金額	円	円
還付を受ける理由		
還付金の振込先(請求者名義に限る)	銀行	支店 普通口 口座番号
<p>地方公務員等共済組合法施行令第49条第3項又は第49条の6第1項の規定に基づき、上記の任意継続掛金を還付請求します。</p> <p>滋賀県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>〒 —</p> <p>請求者 住所 氏名 (Tel — —) (任意継続組合員であった者との続柄)</p>		

- (注) 請求者が任意継続組合員であった方の相続人であるときは、任意継続組合員との続柄を記入し、次の書類を添付してください。
- 任意継続組合員であった方の死亡診断書又はこれに代わるべき書類
 - 任意継続組合員であった方の先順位の相続人であることを証明する書類