

継続長期組合員資格喪失届書

組合員証	記号	番号	組合員氏名		生年月日	性別
			昭平 年 月 日	男・女
資格喪失事由発生時における所属機関			所在地	年齢 歳		
			名称			
継 続 長 期 組 合 員			資格喪失日	平成 年 月 日		
			資格喪失理由	1. 転出の日から3年を経過したこと。 2. 引き続き公益的法人等職員として在職しなくなったこと。		
上記のことを証明する。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;">職 名</div> 所属機関の長 (派遣先) 氏 名 印						
上記のとおり継続長期組合員の資格を喪失したので届け出ます。 長野県市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 住 所 届 出 者 氏 名 印						

※ 資格喪失事由が2に該当する者で公益的法人等への転出の日から起算して3年以内に引き続き職員となった者は、下記の証明を受けて提出してください。

組合員氏名			職員となった日	平成 年 月 日		
所 属 機 関	所 在 地					
	名 称					
組合員種別コード	会計支出科目 (右詰)				
復帰後の報酬			報酬額		等級 月額	
	固 定 的 給 与	円	短 期	千 円		
	非 固 定 的 給 与	円	厚 年	千 円		
合 計		円	退 職 等	千 円		
所属所受付印	上記の日において職員となったことを証明する。 平成 年 月 日 職 名 所属機関の長 (派遣元) 氏 名 印					

* 被扶養者がいる場合は、被扶養者申告書及び必要添付書類を併せて提出してください。
 * 届出者が自ら署名する場合は、押印不要です。

決 裁 欄	課 長	課長補佐	係 長	係	担当者	入 力 年 月 日
						決 裁 年 月 日
						組 合 員 原 票 記 入 日