

# 任意継続組合員資格喪失届出書

届出区分	任意継続組合員証				任意継続組合員氏名					
3	記号			番号						
資格喪失事由 (該当する事由の□に✓をしてください。)				事由発生日 (該当日を記入してください。)			資格喪失日		事由コード	
<input type="checkbox"/> 任意継続組合員が死亡した。 ※別途埋葬料の請求手続きをしてください。				死亡日 平成      年      月      日			死亡した日の翌日		62	
<input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者、共済組合の組合員 又は後期高齢者医療の被保険者(65～74歳の障害認定者)となった。 ※保険証等のコピーを添付してください。				資格取得日(健保等加入日) 平成      年      月      日			健康保険等の資格を取得した日		64 (66)	
<input type="checkbox"/> 資格喪失を希望する。 (国保加入、被扶養者認定などの場合) ※後日、任意継続組合員資格喪失(予定)証明書を送付します。				/			本申出書を本組合で受理した日の翌月1日		65	
上記のとおり任意継続組合員の [ <input type="checkbox"/> 資格を喪失した ・ <input type="checkbox"/> 資格喪失を希望する ] ので申し出ます。 長野県市町村職員共済組合理事長 様 平成      年      月      日										
共済組合 受付印 申出者				郵便番号						
				住 所		市                      町			郡                      村	
				電話番号		—                      —				
氏 名		Ⓜ								

- 1 死亡又は健康保険等の被保険者となった場合は、任意継続組合員証等を添えて提出してください。
- 2 喪失を希望する場合は、資格喪失日以降に任意継続組合員証等を返納してください。
- 3 資格喪失日以降に任意継続組合員証等を使用して受診された場合、掛かった医療費(共済組合負担分)は、共済組合に返還していただくこととなりますので、御注意願います。

任意継続掛金の還付			有 ・ 無		任意継続組合員資格喪失日			平成      年      月      日			
課 長		課長補佐		係長		係		担当者		入力日	
									決裁日		
									証明書発行日		