

任意継続組合員申出書（資格喪失・掛金還付）

記 号 番 号		組 合 員 氏 名	
資格取得年月日	令和 年 月 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日
資格喪失の理由	該当理由に○印をつけ、カッコ内にご記入ください。		
	期間満了		
	死 亡（令和 年 月 日）		
	掛金の不払い		
	国又は民間へ再就職（令和 年 月 日付）		
	希望喪失（この申出を共済組合が受理した日の属する月の翌月1日付）		
地方公務員となる（令和 年 月 日付）			
任意継続掛金は令和 年 月分まで納入済みです。		掛金の還付請求	有 ・ 無
<input type="checkbox"/> 資格喪失証明書発行希望（※既に他の医療保険制度に加入されている場合、原則証明書の発行は必要ありません。発行希望はレ点。）			

短期任意継続掛金の還付期間	令和 年 月分～令和 年 月分の か月分		
介護任意継続掛金の還付期間	令和 年 月分～令和 年 月分の か月分		
子ども・子育て支援任意継続掛金の還付期間	令和 年 月分～令和 年 月分の か月分		
短期任意継続掛金の還付請求金額	円	短期任意継続掛金の還付決定額	円
介護任意継続掛金の還付請求金額	円	介護任意継続掛金の還付決定額	円
子ども・子育て支援任意継続掛金の還付請求金額	円	子ども・子育て支援任意継続掛金の還付請求金額	円
還付金請求者	本人・相続人 相続人氏名 続柄		
還付金振込先 金 融 機 関	銀行・信用金庫 農協・信用組合	フリガナ 口座名義人	
	店・支店 出張所	普通預金の 口座番号	
	銀行コード	支店コード	

上記のとおり申し出ます。

愛知県市町村職員共済組合理事長様

令和 年 月 日

申出者 (郵便番号) _____

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 () _____