

課長	課長補佐	係長	担当	総合確認	長期原票	組合員証	電算

派遣職員
資格喪失届書
継続長期組合員

組合 記号	〇〇〇	組合員氏名	共済 太郎							
員証 番号	〇〇〇〇	生 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	
公益法人等 特定法人 (派遣先団体)	名 称	〇〇〇〇協議会								
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇7-8-9 (Tel 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)								
資格喪失日	平成 〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	資格喪失事由	<input checked="" type="checkbox"/> 派遣終了 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他		
喪失時仮定 標準報酬月額	〇〇〇,〇〇〇		円	資格喪失時における 被扶養者の有無及び人数	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (〇人) <input type="checkbox"/> 無					
上記の日において職員の資格を喪失したことを証明します。 平成 〇〇 年 4 月 1 日 職 名 〇〇〇〇協議会 所属機関の長 氏 名 会長 □ □ □ □ 公 印										
所属機関名 (地方公共団体)	□ □ □		復帰(採用)時 標準報酬月額	〇〇 等給 〇〇〇,〇〇〇 円						
復帰・採用した日	平成 〇〇		年	〇〇	月	〇〇	日			
上記の日において <input checked="" type="checkbox"/> 復 帰 <input type="checkbox"/> 採 用 したことを証明します。 平成 〇〇 年 4 月 1 日 職 名 □ □ □ 長 所属 所 長 氏 名 △ △ △ △ 公 印										
<input checked="" type="checkbox"/> 派 遣 職 員 上記のとおり <input type="checkbox"/> 継 続 長 期 組 合 員 の資格を喪失しましたので届け出ます。 奈良県市町村職員共済組合理事長 殿 平成 〇〇 年 4 月 1 日 住 所 〇〇市〇〇1-2-3 氏 名 共済 太郎 共 済										

備考 この届書には、次の書類を添付して下さい。
1 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時の辞令の写し等）
2 資格喪失時に被扶養者を有している場合は、派遣先で加入していた健康保険証の写し