

課長	課長補佐	係長	担当	総合確認	電算	福祉課確認	証返納					
							組合員証	組合員被扶養者証	高齢受給者証	特定疾病受領証	障害者雇用認定証	
							/	/	/	/	/	

任意継続組合員資格喪失申出書 兼 任意継続掛金還付請求書

還付金額	※短期	円
	※介護	円

任意継続組合員証				任意継続組合員氏名				
記号	〇〇〇	番号	〇〇〇〇	共済 太郎				
資格喪失事由 (該当する番号に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。)				資格喪失日				
<input type="checkbox"/>	就職し、勤務先の健康保険の被保険者になった (他の共済組合の組合員になった) 1 ※保険証等のコピーを添付してください。			平成	年	月	日	健康保険等の資格 を取得した日
<input checked="" type="checkbox"/>	資格喪失を希望する (国民健康保険に加入する。または家族の被扶 2 養者になる。)			※	平成	〇〇	年 11 月 1 日	申し出を受理した 日の属する月の翌 月 1 日
<input type="checkbox"/>	任意継続組合員が死亡した			平成	年	月	日	死亡した日の翌日

上記のとおり、任意継続組合員でなくなることを申し出ます。任意継続組合員証、任意継続組合員被扶養者証については、資格喪失日が到来しましたら遅滞なく返納します。  
また、未経過期間における任意継続掛金がある場合、当該掛金について下記のとおり請求します。

還付を受けようとする金額	短期	〇〇, 〇〇〇	円	還付を受けようとする理由	任意継続組合員の資格を上記の日付で喪失し、未経過期間における任意継続掛金があるため
	介護	〇〇, 〇〇〇	円		
振込先	金融機関名	〇〇銀行		フリガナ	キョウサイ タロウ
	支店名	〇〇支店		口座名義人 (請求者)	共済 太郎
	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		普通預金に限ります。 口座番号は右づめで記入してください。	

奈良県市町村職員共済組合理事長 殿

平成 〇〇 年 10 月 10 日

郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇

住所 〇〇市〇〇1-2-3

申出者  
(請求者)

氏名 共済 太郎 共済 続柄 (本人)

電話番号 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇

【注意事項】

- 未経過期間における任意継続掛金がある場合、当該掛金については、任意継続組合員証（被扶養がある方は任意継続組合員被扶養者証も併せて）を共済組合へ返納した後に還付いたします。
- 請求者が相続人である場合は、「死亡診断書又はこれに代わるべき書類」及び「相続人であることを証明する書類（戸籍謄本等）」を添付してください。（埋葬料の請求を行う場合は写しでも可）
- ※印欄は記入しないでください。