

|     |      |     |    |      |    |
|-----|------|-----|----|------|----|
| 事務長 | 事務次長 | 班 長 | 担当 | 掛金担当 | 原票 |
|     |      |     |    |      |    |

|                        |         |   |   |   |                                     |  |         |  |
|------------------------|---------|---|---|---|-------------------------------------|--|---------|--|
| ※地<br>共<br>済<br>記<br>入 | 資格喪失年月日 |   |   |   | 喪失理由                                |  | 組合員証等返還 |  |
|                        | 年号      | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 他制度        | <input type="checkbox"/> 組合員証 ( )                                      |         |  |
|                        |         |   |   |   | <input type="checkbox"/> その他<br>( ) | <input type="checkbox"/> 被扶養者証 ( )<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |         |  |

## 任意継続組合員資格喪失申出書

※交付を受けた「全ての組合員証等」を添付して提出してください。

|   |   |         |  |         |           |
|---|---|---------|--|---------|-----------|
| 任意継続組合員証<br>記 号 番 号   |   | 地 ・ 沖 縄 |  |         |           |
| フリガナ  |   |         |  | 生 年 月 日 | 昭 和       |
| 氏 名   |   |         |  | 及 び 性 別 | 平 成 年 月 日 |
| 資 格 喪 失<br>年 月 日  | 令 和 年 月 日   |         |  |         |           |
| 備 考   | <p>該当する項目の番号を○で囲んでください。</p> <p>1 他の医療保険の組合員となる(再就職) ※1</p> <p>2 国民健康保険に加入する、家族の被扶養者となる ※2</p> <p>3 その他( )</p> |         |  |         |           |
| <p>地方公務員等共済組合法第144条の2第5項の規定に基づき、同条第1項の規定の適用を受けなくなることを希望するので申し出ます。</p> <p>地方職員共済組合沖縄県支部長 殿</p> <p>令 和 年 月 日</p> <p>郵便番号 <input type="text"/> - <input type="text"/></p> <p>住 所</p> <p>申出者 氏 名</p> <p>電 話 番 号</p> |   |         |  |         |           |

※1 健康保険法第3条第2項に規定する日雇特例被保険者を除く。

※2 国民健康保険に加入したり、家族の被扶養者となる場合等  
任意継続組合員でなくなることを希望する旨を組合に申し出た場合  
においては、その申出が受理された日の属する月の末日が到来した  
その翌日から資格を喪失します(受理日以前に遡っての資格喪失  
はできません。)

地共済受付印

|  |
|--|
|  |
|--|

|     |      |     |     |      |     |
|-----|------|-----|-----|------|-----|
| 事務長 | 事務次長 | 班 長 | 担 当 | 掛金担当 | 原 票 |
|     |      |     |     |      |     |

|        |         |   |   |   |                                     |  |         |  |
|--------|---------|---|---|---|-------------------------------------|--|---------|--|
| ※地共済記入 | 資格喪失年月日 |   |   |   | 喪失理由                                |  | 組合員証等返還 |  |
|        | 年号      | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 他制度        | <input type="checkbox"/> 組合員証 ( )                                      |         |  |
|        |         |   |   |   | <input type="checkbox"/> その他<br>( ) | <input type="checkbox"/> 被扶養者証 ( )<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |         |  |

## 任意継続組合員資格喪失申出書

※交付を受けた「全ての組合員証等」を添付して提出してください。

|  |  |               |            |
|--|--|---------------|------------|
| 任意継続組合員証<br>記 号 番 号  | 地・沖縄 0123456   |               |            |
| フリガナ   | キョウサイ カズオ  | 生年月日          | 昭和 35年8月1日 |
| 氏名   | 共済 和夫  | 及び性別          | 平成 男       |
| 資格喪失<br>年月日  | 令和 3年9月1日  |               |            |
| 備考   | 該当する項目の番号を○で囲んでください。<br>① 他の医療保険の組合員となる(再就職) ※1<br>2 国民健康保険に加入する、家族の被扶養者となる ※2<br>3 その他( ) |               |            |
| 地方公務員等共済組合法第144条の2第5項の規定に基づき、同条第1項の規定の適用を受けなくなることを希望するので申し出ます。<br>地方職員共済組合沖縄県支部長 殿<br>令和 3年 8月 25日 |  |               |            |
| 申出者  | 郵便番号   | 900 - 0021    |            |
|  | 住所   | 沖縄県那覇市泉崎〇-〇-〇 |            |
|  | 氏名   | 共済 和夫         |            |
|  | 電話番号   | 098-000-0000  |            |

※1 健康保険法第3条第2項に規定する日雇特例被保険者を除く。

※2 国民健康保険に加入したり、家族の被扶養者となる場合等任意継続組合員でなくなることを希望する旨を組合に申し出た場合においては、その申出が受理された日の属する月の末日が到来したその翌日から資格を喪失します(受理日以前に遡っての資格喪失はできません。)

|        |
|--------|
| 地共済受付印 |
|        |