地方公務員等共済組合法施行令第46条第2項

決定伺	課長	係長	係	経理

任意継続組合員資格喪失申出書

（ふりがな） 申出者 氏名		住所	〒
任意継続組合員 記号番号 又は 個人番号		元所属機関の名称	
任意継続組合員 資格取得年月日	令和　　年　　月　　日		
任意継続組合員を 脱退する年月日	令和　　年　　月　　日 より脱退希望		
任意継続組合員の 脱退後の健康保険	脱退後新たに加入される（加入された）健康保険 ☐ 国民健康保険　☐ 社会保険　☐ その他〔　　〕 ※資格取得日が確認できるものの写しを添付してください。		
備考	国民健康保険制度に加入される者で、資格喪失証明書が必要な場合は、必要に〇を付けてください。　（　必要　・　不必要　）		

上記のとおり、任意継続組合員を脱退したいので申し出ます。

沖縄県市町村職員共済組合理事長　殿

令和　　年　　月　　日

申出者氏名　　㊞

※　組合員証及び資格確認書（交付されていない方は除く）は、資格喪失後速やかに共済組合へ返納ください。

送付先　〒900-8566
那覇市旭町１１６番地３７
自治会館３階
沖縄県市町村職員共済組合
098-867-0781