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	〒
任意継続組合員証の記号・番号		元所属機関の名称	
任意継続組合員資格取得年月日	平成 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〔　　〕 その健康保険の記号番号（又は保険証のコピー） 記号番号〔　　・未定〕		
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　　㊞

※　任意継続組合員証は、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