

継続長期組合員資格喪失届書

局長	課長	係長	係

当共済組合の記号・番号

組合員氏名	共済 太郎	生年月日	昭和 56年 11月 1日	
喪失の際に所属していた公庫等	所属所記号	〇〇	組合員番号	〇〇〇
	喪失年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	資格を喪失するに至った事由(該当するものに✓を付してください)	<input type="checkbox"/> 転出の日から起算して5年を経過した <input checked="" type="checkbox"/> 引き続き公庫等職員として在職しなくなった <input type="checkbox"/> 死亡した		
	名称	〇〇〇〇〇〇		
所在地	〇〇市〇〇番地			
マイナ保険証登録の有無※	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
上記のとおり継続長期組合員の資格を喪失しましたので届け出ます。 沖縄県市町村職員共済組合理事長 様 令和 〇〇年〇〇月〇〇日 氏名 共済 太郎				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 〇〇年〇〇月〇〇日 喪失の際に所属していた所属機関の長 職名 〇〇〇〇〇〇〇 氏名 代表取締役社長 〇〇〇〇				

マイナ保険証登録の有無については、必須記入項目となりますので、マイナポータル等により紐づけされているかのご確認をしてください。

(注) 提出の際には、下記の書類を添付してください。
 資格喪失事由に該当したことを証明する書類

添付書類
● 転出先の健康保険資格喪失証明書など喪失日が確認できるもの。