

記入例  
(社会保険加入者用)

| 決<br>定<br>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)<br>申 出 者 名<br>氏 名     | きょうさい たろう<br><b>共済 太郎</b>   | 住 所                       | 〒000-0000<br>00市00 0丁目0番00号<br><b>現住所の記入。</b> |
| 任意継続組合員証<br>の記号・番号           | 00-000  | 元 所 属 機<br>関 の 名 称        | 00市役所   |
| 任意継続組合員<br>資格取得年月日           | 平成<br>令和 〇年〇月〇日   | 組合員証に記載されています。            |   |
| 任意継続組合員を<br>脱退する年月日          | 令和 〇年〇月〇日<br>より脱退希望   | 新たに加入する健康保険の加入日を記入。       |   |
| 任意継続組合員の<br>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<br><input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他 [ ]<br>その健康保険の記号番号(又は保険証のコピー)<br>記号番号 [ ] | 新しい保険証のコピーの<br>添付をお願いします。 |   |
| 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 <b>不必要</b> )  |                           |   |
| 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            |   | 提出する年月日、氏名の記入と押印をお願いします。  |   |
| 令和 〇年 〇月 〇日                  |   |                           |   |
| 申出者氏名                        |   | <b>共済 太郎</b> (共済)印        |   |

※ 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

記入例  
(国保加入者用)

| 決<br>定<br>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)<br>申 出 者 名<br>氏 名     | きょうさい たろう<br><b>共済 太郎</b>   | 住 所                             | 〒000-0000<br>00市00 0丁目0番00号<br><b>現住所の記入。</b> |
| 任意継続組合員証<br>の記号・番号           | 00-000  | 元 所 属 機<br>関 の 名 称              | 00市役所   |
| 任意継続組合員<br>資格取得年月日           | 平成<br>令和 〇年〇月〇日   | <b>組合員証に記載されています。</b>           |   |
| 任意継続組合員を<br>脱退する年月日          | 令和 〇年〇月〇日<br>より脱退希望   | <b>国民健康保険の加入日を記入。</b>           |   |
| 任意継続組合員の<br>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<br><input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他 [ ]<br>その健康保険の記号番号(又は保険証のコピー)<br>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。 ( <b>必要</b> ・ 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            |   | <b>提出する年月日、氏名の記入と押印をお願いします。</b> |   |
| 令和 〇年 〇月 〇日                  |   |                                 |   |
| 申出者氏名                        |   | <b>共済 太郎</b> (共済) 印             |   |

※ 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