

課長	保健	係

任意継続組合員資格取得申出書

元所属所名	〇〇市役所		元組合員証記号番号 又は個人番号※	××× - ××× 必須ではありません
ふりがな	きょうさい たろう		生年月日	昭・平 ××年 ×月 ×日
氏名	共済 太郎			
住所	〒×××-×××× 〇〇市〇〇町×-× メゾン共済×××		TEL	×××-×××-××××
組合員資格 取得年月日	昭・平・令 ××年 ×月 ×日	退職時標準 報酬等級 及び月額	××級 ×××千円	
退職年月日	令和 ××年 ×月 ×日	掛金の 納入方法	①. 年度分前納 2. 6ヶ月 3. 毎月	
被扶養者	氏名	続柄	生年月日	
	共済 花子	妻	昭・平・令 ××年 ×月 ×日	
	共済 小太郎	長男	昭・平・令 ××年 ×月 ×日	
			昭・平・令 年 月 日	
備考	(例)長男 小太郎は新規認定 (別添、被扶養者申告書及び添付書類) 長女 華美は就職に伴い取消(別添、被扶養者申告書及び添付書類)			
上記のとおり任意継続組合員の資格を取得したいので申し出ます。				
栃木県市町村職員共済組合理事長 様 令和 ××年 ××月 ××日				
申出者名 共済 太郎 印				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。				
令和 ××年 ××月 ××日				
職名 〇〇市長				
所属所長				
氏名 〇〇〇〇 印				

※「個人番号」の記入は、必須ではありません。

1. 地方公務員等共済組合法第144条の2に規定する期限(退職の日から起算して20日を経過する日)を経過した後にこの申出書を提出する場合には、遅延した理由を備考欄に記入してください。
2. 退職時標準報酬等級及び月額欄には、退職時点で適用されていた標準報酬等級及び月額を記入してください。