

※共済組合記入欄	
還付有無	有・無
種類	還付・返納

課長	保健	係

任意継続組合員資格喪失申出書

＜兼 掛金還付（返納）金請求書＞

元所属所名		任意継続組合員証記号番号 又は個人番号※	—
氏名		資格喪失日 年 月 日	令和 年 月 日
掛金を 納入して いた方法	毎月・半年・年度	資格喪失証明書 交付希望の有無	1. 有 2. 無
資格喪失希望の理由			
還付（返納）金の振込先	銀行 支店 普通預金 No.		
<p>上記のとおり、任意継続組合員でなくなることを希望し、また、任意継続掛金の還付（返納）があるときは請求を申し出ます。</p> <p>栃木県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: right;">任意継続組合員であった者との続柄 ㊟</p>			

※「個人番号」の記入は、必須ではありません。

1. 「任意継続組合員証」（発行されている場合は「任意継続組合員被扶養者証」、「高齢受給者証」、「特定疾病療養受療証」も含まれます。）を必ず添付してください。
2. 既に新しい健康保険に加入している場合は「新しい保険証の写し」を添付してください。
3. 「資格喪失年月日」とは、任意継続組合員でなくなる日（なくなった日）の翌日です。
4. 任意継続組合員が死亡の場合は被扶養者の方が申し出てください。また「任意継続組合員であった者との続柄」を記入してください。