

資格喪失証明願

「組合員の退職」又は「被扶養者の取消」後に、他の健康保険へ加入するにあたり、資格喪失証明書が必要となき提出してください。（組合員が退職し、任意継続組合員になる場合は提出は不要です。）

【注】資格喪失証明書は、資格喪失（扶養取消）の処理が完了した方に交付いたします。（※資格喪失処理が完了していない場合は発行できませんので、退職日がわかる書類又は、扶養取消に係る書類と一緒に提出ください。）

組合員が退職したときの記入例

喪失証明願

【組合員証記号番号】 [〇〇〇 - 〇〇〇〇] ← 組合員証の記号一番号を記入してください。

組合員氏名	生年月日
共 濟 太 郎	昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

【証明願】 該当する番号に〇をつけ、必要事項を記入してください。

- (注1)
- 1 私は、下記の日に組合員（任意継続組合員）の資格を喪失しましたが、
- 2 私の被扶養者 は、下記の日に扶養の取り消しとなりましたが、
- 3 国民健康保険に加入するため
- 4 就職により社会保険に加入するため
- 5 その他 理由:

「資格喪失証明書」が必要となりましたので、発行していただきたくお願いします。

(注2) 資格喪失日は、 令和 〇年 〇月 〇日 です。

退職日の翌日が資格喪失日です。
(例えば、3月31日退職のときは4月1日)

【被扶養者の証明希望者】 喪失証明を必要とする被扶養者を記入してください。

(注3)

被扶養者氏名	続柄	生年月日
共 濟 花 子	妻	昭和 平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
共 濟 次 郎	長男	昭和 平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
共 濟 幸 子	長女	昭和 平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
		昭和 平成 令和 年 月 日

退職時に、扶養認定中の被扶養者を全員記入してください。
(記入された被扶養者も、一緒に証明いたします。)

送付先を選択してください。

【証明書の送付先】 自宅に送付 所属所に送付

送付希望先に〇をつけてください。

※「資格喪失証明書」の送付は、資格喪失日以降となりますのでご了承ください。

(注1) 本人が資格を喪失するときは、1に〇をつけ、2は記入不要です。

(注2) 資格の喪失日（取消日）を記入してください。(例) 組合員が、3月31日退職のとき ⇒ 資格喪失日は翌日の4月1日です。
被扶養者が、4月1日就職のとき ⇒ 資格喪失日（取消日）は4月1日です。

(注3) 本人が資格を喪失するときは、扶養認定中の被扶養者全員を記入してください。

岐阜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

〒500-8508 TEL (058) 277-1129

住所・氏名をご記入してください。

(申出者)

住所 岐阜市藪田南5-14-53

氏名 共 濟 太 郎

決 裁 年 月 日						確認	情報系入力
課長	課長補佐	係長	主査	主任	係		
証明番号・年月日		岐共資発第 4・9 -		号		令和 年 月 日	

受付年月日