

# 資格喪失証明願

【組合員等記号番号】 [ 900 - ]

組合員氏名	生年月日
	昭和 平成 年 月 日

【証明願】 該当する番号に○をつけ、必要事項を記入してください。

(注1)

<input type="checkbox"/> 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、
<input type="checkbox"/> 2	私の被扶養者 <input type="text"/> 下記の日に扶養の取り消しとなりましたが、
<input type="checkbox"/> 3	国民健康保険に加入するため
<input type="checkbox"/> 4	就職により社会保険に加入するため
<input type="checkbox"/> 5	その他 理由: <input type="text"/>

「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 年 月 日 です。

【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
		昭和 平成 令和 年 月 日
		昭和 平成 令和 年 月 日
		昭和 平成 令和 年 月 日
		昭和 平成 令和 年 月 日

【証明書の送付先】  自宅に送付  所属所に送付

送付希望先に○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○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 年 月 日

〒 - Tel( ) -

(申出者) 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

決裁年月日					確認	情報系入力	受付年月日
課長	課長補佐	係長	主任	係			
証明番号・年月日		岐共資発第9 - 号			令和 年 月 日		