

事務局長	課長	課員

任意継続組合員資格喪失申出書

任意継続組合員氏名	共済 太郎	生年月日	昭和 50 年 1 月 1 日 平成
住所	〒 760 - 0066 高松市福岡町二丁目3番4号		
組合員番号	853 - 1000	資格喪失希望年月日	令和 年 月 日
資格喪失理由	<input type="checkbox"/> 任意継続組合員でなくなることを希望するため ※国民健康保険へ加入する場合や家族の被扶養者になる場合が当てはまります。 ※原則、申出書を共済組合が受理した月の翌月1日に資格喪失となります。		
	<input checked="" type="checkbox"/> 社会保険の資格を取得したため（資格取得日： 令和 7 年 5 月 1 日） ※資格取得年月日は必ず記載してください。		
<input type="checkbox"/> その他（ ） ※組合員が死亡した場合の記入方法は本組合までお問い合わせください。			
※ 該当する理由に✓を付してください。添付書類は、下記の注意書きをご確認ください。			
上記のとおり申し出ます。			
香川県市町村職員共済組合理事長 様			
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日			
住所 高松市福岡町二丁目3番4号			
申出者 氏名 共済 太郎			

(注1) この申出書には、次のものを添付してください。ただし、任意継続組合員でなくなることを希望する場合は、資格喪失後に返納ください。

- ①資格確認書又は任意継続組合員証
 - ②高齢受給者証、限度額適用認定証等（交付を受けている場合に限る。）
- ※①、②ともに、被扶養者がいる場合は、被扶養者分も返納が必要です。

(注2) 組合員の資格喪失に伴って被扶養者は認定取消されますので、被扶養者申告書の提出は不要です。

(注3) 期間満了（任意継続組合員となった日から2年を経過）により資格喪失する場合、この申出書の提出は不要です。

(注4) 国民健康保険への加入手続き等に資格喪失証明書が必要な場合は、交付希望欄に✓を付してください。