

任意継続組合員資格喪失申出書(兼掛金還付請求書)

組 合 員 証		組 合 員 氏 名	
記 号	番 号	(フリガナ)	
300	999999	キョウサイ 伊郎	
資 格 喪 失 事 由 (該当する番号に○をしてください)		資 格 喪 失 年 月 日	
1	就職により他の健康保険の被保険者、もしくは共済組合の組合員になったため (※新しい保険の資格確認書または資格情報のお知らせの写しを添付してください)		令和 〇 年 〇 月 〇 日 (新しい保険証等の資格取得年月日)
2	任意継続組合員が死亡したため		令和 年 月 日 (死亡日の翌日)
3	任意継続掛金を払込期日までに払い込まなかったため		令和 年 月 日 (払込期日の翌日)
4	任意継続組合員でなくなることを希望する ☐ 国保加入 ☐ 家族の被扶養者になる ☐ その他() (資格喪失証明書の郵送に使用ので切手を同封してください)		令和 年 月 1 日 (申出を共済組合が受理した日の翌月1日)
上記のとおり、任意継続組合員の資格喪失を申し出ます。また、掛金に過納が生じたときは、還付請求します。 横浜市職員共済組合理事長 令和〇〇年〇〇月〇〇日 住 所 横浜市〇〇区〇〇町1-2-3-405 申出者 氏 名 共済 一郎 電 話 (045) 999 - 9999			
還付金 振込先	下記の金融機関に振込を希望します。		
	銀行 信用金庫		支店 出張所
	口座番号 (普通預金)	(フリガナ) 口座名義人	

【注意】

任意継続組合員が死亡した場合を除き、任意継続組合員以外の口座を指定することはできません。

〈共済組合記入欄〉

月 日	月 日	月 日	月 日	備 考	
医療給付課長	医療給付係長	起案者	公印承認	還付の有無	