

# 任意継続組合員資格喪失届出書

共済組合  
受付印

長野県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

下記のとおり任意継続組合員の [  資格を喪失した ・  資格喪失を希望する ] ので届け出ます。

届出者	氏名			任意継続組合員であった者との続柄	
	住所	〒			
	電話番号	— —			
組合員等				任意継続組合員であった者の氏名	
記号		番号			
資喪失事由 (該当する事由の□に✓をしてください。)		事由発生日 (該当日を記入してください。)		資格喪失日	事由コード
<input type="checkbox"/> 任意継続組合員が死亡した。 ※別途埋葬料の請求手続をしてください。		死亡日 令和 年 月 日		死亡した日の翌日	62
<input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者、共済組合の組合員又は後期高齢者医療の被保険者（65～74歳の障害認定者）となった。 ※新たに加入した先の資格確認書又は資格情報通知書のコピーを添付してください。		資格取得日(健保等加入日) 令和 年 月 日		健康保険等の資格を取得した日	64 (66)
<input type="checkbox"/> 資格喪失を希望する。 (国保加入、被扶養者認定などの場合) ※後日、任意継続組合員資格喪失(予定)証明書を送付します。		/		本届出書を本組合で受理した日の翌月1日	65

- 1 死亡又は健康保険等の被保険者となった場合は、資格確認書又は従前の任意継続組合員証等を返納してください。
- 2 喪失を希望する場合は、資格喪失日以降に資格確認書又は従前の任意継続組合員証等を返納してください。
- 3 資格喪失日以降に資格確認書又は従前の任意継続組合員証等を使用して受診された場合、掛かった医療費（共済組合負担分）は、共済組合に返還していただくこととなりますので、御注意願います。

任意継続掛金の還付			有・無	任意継続組合員 資格喪失日	令和 年 月 日		
課長		課長 補佐	係長	係	担当者	決裁日	
						通知日	
						入力日	