

# 任意継続組合員申出書（資格喪失・掛金還付）

組合員証記号番号	9〇〇〇-〇〇〇〇	組合員氏名	共済 太郎
資格取得年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	資格喪失年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
資格喪失の理由	該当理由に〇印をつけ、カッコ内にご記入ください。		
	期間満了		
	死亡（令和 年 月 日）		
	掛金の不払い		
	<input type="radio"/> 国又は民間へ再就職（令和〇〇年〇〇月〇〇日付）		
	希望喪失		
短期任意継続掛金は令和〇〇年〇〇月分まで納入済みです。		掛金の還付請求	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
介護任意継続掛金は令和〇〇年〇〇月分まで納入済みです。			
<input type="checkbox"/> 資格喪失証明書発行希望			

短期任意継続掛金の還付期間	令和〇〇年〇〇月分～令和〇〇年〇〇月分の〇〇か月分		
介護任意継続掛金の還付期間	令和〇〇年〇〇月分～令和〇〇年〇〇月分の〇〇か月分		
短期任意継続掛金の還付請求金額	円	短期任意継続掛金の還付決定額	円
介護任意継続掛金の還付請求金額	円	介護任意継続掛金の還付決定額	円
還付金請求者	<input checked="" type="radio"/> 本人・相続人 相続人氏名		続柄
還付金振込先 金融機関	<input type="radio"/> 〇〇	<input checked="" type="radio"/> 銀行・信用金庫 農協・信用組合	フリガナ 口座名義人
	<input type="radio"/> 〇〇	店・支店 出張所	普通預金の 口座番号
	銀行コード	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	支店コード

上記のとおり申し出ます。

愛知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

申出者 住所 〇〇市〇〇町〇〇番地

氏名 共済 太郎

電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇