

(記入例) 死亡の場合

No. _____

任意継続組合員資格喪失申出書 (兼任意継続掛金還付請求書)

任意継続 組合員	記号	番号	氏名	(フリガナ) キョウサイ ハナコ(キョウサイ タロウ)
	20×	×××××		共済 花子(共済 太郎)
現住所	郵便番号	123 - 4567		記号・番号について、任意継続組合員証や資格情報のお知らせ等を確認ください。
	住所	川崎市〇〇区〇〇町〇番地		
	電話	※平日昼間に連絡の取ることができる電話番号を記入してください。	自宅	
資格喪失の 理由	該当する番号に○をしてください。			
	1	死亡 (令和 7 年 2 月 1 日) ※任意継続組合員証/資格確認書等を返却ください。 ※死亡の事実を証明できる書類他、必要な書類の提出を求めることがあります。		
	2	就職 (令和 年 月 日) ※任意継続組合員証/資格確認書等を返却ください。 ※就職先の保険証の写し		
	3	資格喪失を希望 (国民健康へ加入する・家) ※任意継続組合員証/資格確認書等を返却ください。 ※資格喪失日は当共済組合の受付日の翌月1日になります。		
<p>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、任意継続掛金に過納が生じたときは、還付請求します。</p> <p>川崎市職員共済組合理事長 様 令和 7 年 2 月 7 日</p> <p>申出者氏名 共済 太郎 (共済 花子)</p>				

記号・番号について、任意継続組合員証や資格情報のお知らせ等を確認ください。

(提出書類)

①埋葬料請求書
②死亡の事実を証明する書類
③戸籍抄本等の遺族の順位を証明する書類
④支払未済給付金に関する申出及び請求書

※資格喪失後に任意継続組合員の資格情報にて医療機関を受診した場合は、当共済組合が負担した負担した医療費を返還いただきますのでご注意ください。(保険係200-3467・3469)

共済組合使用欄

資格喪失日	令和 年 月 日		
組合員証等返納	/		被扶養者証等返納
掛金未納	有	無	資格喪失証明書発行
任意継続掛金還付	有	無	備考

共済組合決裁欄		
係員	保険係長	事務局次長

任意継続掛金還付

区分	還付期間		還付金額
短期	令和 年 月分	～令和 年 月分	円
介護	令和 年 月分	～令和 年 月分	円
	※還付決定金額		円

(記入例) 就職の場合

No. _____

任意継続組合員資格喪失申出書 (兼任意継続掛金還付請求書)

任意継続組合員	記号	番号	氏名	(フリガナ) キョウサイ タロウ
	20×	×××××		共済 太郎
現住所	郵便番号	123 - 4567	記号・番号について、任意継続組合員証や資格情報のお知らせ等を確認ください。	
	住所	川崎市〇〇区〇〇町〇番地		
	電話	※平日昼間に連絡の取ることができる電話番号を記入してください。		
資格喪失の理由	該当する番号に○をしてください。			
	1	死亡 (令和 年 月 日) ※任意継続組合員証/資格確認書等を返却ください。 ※死亡の事実を証明できる書類他、必要な書類の提出を求めることがあります。		
	2	就職 (令和 7 年 2 月 1 日) ※任意継続組合員証/資格確認書等を返却ください。 ※就職先の保険証の写し		
	3	資格喪失を希望 (国民健康へ加入する・家族の被扶養者になる・その他) ※任意継続組合員証/資格確認書等を返却ください。 ※資格喪失日は当共済組合の受付日の翌月 1 日になります。		
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、任意継続掛金に過納が生じたときは、還付請求します。				
川崎市職員共済組合理事長 様 令和 7 年 2 月 3 日 申出者氏名 共済 太郎				

※資格喪失後に任意継続組合員の資格情報にて医療機関を受診した場合は、当共済組合が負担した負担した医療費を返還いただきますのでご注意ください。(保険係200-3467・3469)

共済組合使用欄

資格喪失日	令和 年 月 日		
組合員証等返納		被扶養者証等返納	
掛金未納	有 無	資格喪失証明書発行	
任意継続掛金還付	有 無	備考	

共済組合決裁欄		
係員	保険係長	事務局次長

任意継続掛金還付

区分	還付期間	還付金額
短期	令和 年 月分～令和 年 月分	円
介護	令和 年 月分～令和 年 月分	円
	※還付決定金額	円

(記入例) 資格喪失を希望する場合

No. _____

任意継続組合員資格喪失申出書 (兼任意継続掛金還付請求書)

任意継続組合員	記号	番号	氏名	(フリガナ)キョウサイ タロウ
	20×	×××××		共済 太郎
現住所	郵便番号	123 - 4567	記号・番号について、任意継続組合員証や資格情報のお知らせ等を確認ください。	
	住所	川崎市〇〇区〇〇町〇番地		
	電話	※平日昼間に連絡の取ることができる 電話番号を記入してください。		
資格喪失の理由	該当する番号に○をしてください。			
	1	死亡 (令和 年 月 日) ※任意継続組合員証/資格確認書等を返却ください。 ※死亡の事実を証明できる書類他、必要な書類の提出を求めることがあります。		
	2	就職 (令和 年 月 日) ※任意継続組合員証/資格確認書等を返却ください。 ※就職先の保険証の写し		
	3	資格喪失を希望 (国民健康へ加入する・家族の被扶養者になる・その他) ※任意継続組合員証/資格確認書等を返却ください。 ※資格喪失日は当共済組合の受付日の翌月1日になります。		
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、任意継続掛金に過納が生じたときは、還付請求します。				
川崎市職員共済組合理事長 様 令和 7 年 3 月 21 日 申出者氏名 共済 太郎				

※資格喪失後に任意継続組合員の資格情報にて医療機関を受診した場合は、当共済組合が負担した負担した医療費を返還いただきますのでご注意ください。(保険係200-3467・3469)

共済組合使用欄

資格喪失日	令和 年 月 日		
組合員証等返納	/		被扶養者証等返納
掛金未納	有	無	資格喪失証明書発行
任意継続掛金還付	有	無	備考

共済組合決裁欄		
係員	保険係長	事務局次長

任意継続掛金還付

区分	還付期間	還付金額
短期	令和 年 月分～令和 年 月分	円
介護	令和 年 月分～令和 年 月分	円
	※還付決定金額	円