

資格喪失証明交付申請書

令和 6年●月●●日

川崎市職員共済組合理事長 様

所 属 ○○○局△△△△△課

郵便番号 123 - 4567

住 所 川崎市○○区○○町○番地

電話(自宅・携帯) 012 (345) 6789

組合員氏名 共済 太郎

(組合員証の記号番号 65× - ×××××)

次のとおり、「資格喪失証明書」を交付願います。

1 退職日：令和 年 月 日

2 対象者

氏名	生年月日
	年 月 日
共済 花子	妻 S・H・R ●●年 ●月 ●●日
共済 次郎	二男 S・H・R ▲年 ▲月 ▲▲日

資格喪失証明書が必要な方の氏名等を記入してください。

基本は世帯で1通交付します。加入先が2か所以上になる場合は必要部数を余白に記入してください。

3 申請理由

2部交付してください。

該当する番号に○を記入してください。

	理 由
①	国民健康保険・国民年金に加入するため
②	他の健康保険制度に被扶養者として加入するため
3	その他 (理由：)

<注意点>

- 退職日以前に送付された申請書は、資格喪失日以降、順次発送します。
- 自宅あてに送付します。返信用封筒に送り先住所・氏名を明記し、郵送料分の切手を貼り付けたものを必ず同封してください。

※郵便料に間違いがないことをご確認ください。

※資格喪失証明書は普通紙A4サイズです。原則、定形サイズで送付します。