

## 任意継続組合員資格取得申出書

退職時の 組合員	記号	番号	氏名	(フリガナ)	
	※お手元の組合員証(健康保険証)あるいは 資格情報のお知らせを確認してください。				
退職時の 所属連絡先	電話 _____ 内線 ( _____ )				
退職(予定) 年 月 日	令和 年 月 日	退職時の 標準報酬月額	円		
退職後の 予定	該当する番号に○を記入してください。				
	①	再就職の予定がある ( _____ 月 _____ 日) 再就職先での社会保険適用 有 無	②	無	
掛 金 納付方法	希望する番号に○を記入してください。 再就職の予定がある等、年度途中で資格喪失する可能性がある場合は、「1」を選択してください。				
	①	毎月払い	②	半年払い(前納)	③ 年払い(前納)
被扶養者 について	退職時に被扶養者として認定されていた方について、該当する番号に○を記入してください。 継続して扶養を希望する場合、別途「被扶養者申告書」等を提出ください。				
	①	希望する	②	希望しない	
資格確認書 の要否 (組合員)	該当する番号に○を記入してください。 1番を選択した方は、該当する理由の口欄に✓を記入してください。				
	①	要	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード不所持 <input type="checkbox"/> マイナ保険証利用登録無し <input type="checkbox"/> マイナ保険証利用解除申請中 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	②	否
上記のとおり、任意継続組合員の資格取得を申し出ます。					
川崎市職員共済組合理事長 様					
令和 年 月 日					
郵便番号 _____					
住 所 _____					
電 話 (自宅) ( _____ )					
(携帯) ( _____ )					
申出者氏名 _____					

(保険係200-3465・3467)

## 共済組合使用欄

資格喪失日	令和 年 月 日
掛金の標準となる額	円
システム入力	掛金納付済み
組合員証等回収	職場 郵送

共済組合決裁欄		
係員	保険係長	事務局次長

マイナンバー登録	有 ・ 無
マイナ保険証利用登録	有 ・ 無
資格喪失証明書の発行 ※被扶養者 要確認	有 ・ 無

## ※資格情報のお知らせ発行

--	--

## ※資格確認書発行

	不要
--	----