

資格喪失証明交付申請書

令和 年 月 日

川崎市職員共済組合理事長 様

所 属 _____

郵便番号 _____

住 所 _____

電話(自宅・携帯) (_____)

組合員氏名 _____

(組合員証の記号番号 _____)

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 | 続柄 | 生 年 月 日 |
|-----|----|-------------|
| | 本人 | S・H・R 年 月 日 |
| | | S・H・R 年 月 日 |
| | | S・H・R 年 月 日 |
| | | S・H・R 年 月 日 |
| | | S・H・R 年 月 日 |

3 申請理由

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。