

任意継続組合員資格喪失・掛金還付請求申出書

組合員証記号番号	任NGY-12345	組合員氏名	共済 太郎
資格取得年月日	平成〇〇年4月1日	資格喪失年月日	平成〇〇年4月1日

該当理由に○印をつけ、カッコ内をご記入ください。

資格喪失の理由	<input type="checkbox"/>	死亡 (死亡日 平成 年 月 日) 死亡日の確認ができる書類(戸籍(除籍)謄本の写し、死亡診断書等)を添付してください。	
	<input type="checkbox"/>	再就職等 (資格取得日 平成 年 月 日) 他の健康保険制度への加入日が確認できる書類(就職先の健康保険証の写し等)を添付してください。	
	<input checked="" type="checkbox"/>	希望喪失 国民健康保険に加入する場合など 資格喪失日は当組合が受け付けた日の翌月1日になります。	
任意継続掛金は平成〇〇年3月分まで納入済みです。		掛金の還付請求	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無

掛金の還付請求で「有」を選択した方はご記入ください。 網掛になっている還付決定額の欄は記入しないでください。

短期任意継続掛金の還付請求期間	平成 年 月分～平成 年 月分	の 月分	
介護任意継続掛金の還付請求期間	平成 年 月分～平成 年 月分	の 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

本人死亡により掛金の還付請求をする相続人の方は、振込口座をご記入の上、相続人であることが確認できる書類を添付してください。

金融機関名	本支店名	種別	口座番号(右づめ)
		普通当座	
フリガナ			
口座名義人			

上記のとおり申し出ます。
(あて先) 名古屋市職員共済組合理事長
平成〇〇年3月〇〇日 申出者 住所 名古屋市〇〇区〇〇町〇〇
氏名 共済 太郎 印
電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇