

任意継続組合員資格喪失申出書 兼 掛金還付請求書

組合員等記号・番号		退職をしたときの所属所名	任意継続組合員氏名
(記号)	(番号)	(市町村・一部事務組合名)	

資格喪失事由（該当する番号を○で囲み、必要事項を記入）			資格喪失年月日	コード
1 任意継続組合員が死亡したため（死亡年月日：令和 年 月 日） ▶死亡年月日が確認できる書類の写しを添付 資格喪失年月日：死亡年月日の翌日を記入 ⇒	令和 年 月 日	62		
2 就職等により他の健康保険や共済組合に加入したため ▶新たに交付された資格確認書又は資格情報通知書の写しを添付 (加入年月日：令和 年 月 日) 資格喪失年月日：健康保険等の加入日を記入 ⇒	令和 年 月 日	64		
3 国民健康保険への加入や、他の健康保険等の被扶養者になるため、任意継続組合員でなくなることを希望するため 資格喪失年月日：当共済組合に申し出があった月の翌月 1 日 ⇒	令和 年 月 1 日	65		
4 障害により75歳到達前に後期高齢者医療制度に加入了ため ▶後期高齢者医療制度に係る資格確認書又は資格情報通知書の写しを添付 資格喪失年月日：後期高齢者医療制度の加入日を記入 ⇒	令和 年 月 日	64		

任意継続掛金の還付請求額（当共済組合で計算するため、記入不要）									
前納期間	任継 ～令和 年 月	年 月	還付	任継 ～令和 年 月	年 月	還付	任継掛金	介護掛金	合計
							額	円	円

任意継続組合員が死亡した場合の掛金還付口座										
口座名義人			金融機関名		支店名		口座番号			
(フリガナ)							普通			

地方公務員等共済組合法第144条の2第5項の規定により上記のとおり申し出るとともに、掛金に過納が生じたときは、還付の請求をします。

新潟県市町村職員共済組合理事長様
令和 年 月 日

〒

住所

氏名

印

続柄（死亡喪失の場合のみ）
()

（本人自ら署名するときは、押印不要）

電話番号

1 以下に掲げるものが交付されているときは、必ず当共済組合に返納してください。

①資格確認書 ②高齢受給者証 ③限度額適用認定証 ④特定疾病療養受療証

（①についてはマイナ保険証の利用登録がない場合に、②～④については該当者がいる場合に、それぞれ交付されているものです。）

ただし、希望により任意継続組合員の資格を喪失するとき（資格喪失理由欄の3に該当するとき）は、当共済組合の任意継続組合員の資格を喪失した日を過ぎてから返納をしてください。

2 資格喪失後に当共済組合の任意継続組合員として医療機関に受診をした場合、当共済組合へ医療費の返還をする必要が生じます。

3 任意継続掛金の還付がある場合は、この申出書を当共済組合が受理してからおおむね2か月後に、任意継続

掛金預金振替口座（死亡喪失の場合は、上記により申告をした掛金還付口座）へ送金します。

4 資格喪失証明書については、任意継続組合員の自宅宛て（死亡喪失の場合は、指定送付先）に送付します。

納付方法	1:月払 2:半年払 3:年払
還付の有無	有（ か月分） 無
還付年月日	
入力日	
喪失証明書交付日	
証返納日	

共済組合受付印		
課長	係長	係