


組合員資格喪失証明書交付依頼書

組合員証記号番号	999 - 99999	組 合 員 氏 名	共 済 太 郎
依 頼 理 由 ※該当する項目の数字を○で囲んでください。			
1	国民健康保険に加入するため		
2	他の健康保険の被扶養者になるため		
3	国民年金に加入するため		
4	その他 ()		
上記のとおり証明書の交付をお願いいたします。			
山梨県市町村職員共済組合理事長 様			
令和 元 年 5 月 ○ 日			
		住 所	甲 府 市 蓬 沢 1-15-35
		依 頼 者	
		氏 名	共 済 太 郎
			
※特別な事情がない限り、依頼者は組合員とする。			

① 組合員証記号番号、組合員氏名を記入してください。

② 当てはまる依頼理由に○をつけてください。依頼理由が4の場合には、()内に理由を記入してください。

③ 依頼年月日、依頼者の住所・氏名を記入し押印してください。

※ 依頼者が組合員または被扶養者以外の場合は、続柄が確認できる書類を添付してください。

※ 組合員の資格喪失により被扶養者資格を喪失する場合は、被扶養者資格の喪失についても同時に証明いたします。

【共済組合使用欄】

証 明 書
/

(H25.3)