事務局長	課　長	主　幹	係　長	係	課　　員	本件お伺いします　年　月　日　伺

任意継続組合員資格喪失申出書

元所属所名		任意継続組合員記号・番号	
フリガナ 氏名		生年月日及び性別	年　月　日　男・女
資格取得年月日	年　月　日	資格喪失年月日	年　月　日
資格喪失の事由（該当する番号を〇で囲む）	１．　組合員が死亡した。 ２．　再就職して組合員（健康保険の被保険者を含む）となった。 ３．　任意継続組合員の希望をしない。		

上記のとおり任意継続組合員の資格を喪失したので申し出ます。

佐賀県市町村職員共済組合理事長　様

年　月　日

申出者　住所

氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日

所属所長　職名

氏名

異動処理	証回収