

任意継続組合員資格取得申出書

【様式④】

地方公務員等共済組合法第144条の2第1項の規定に基づき、任意継続組合員の資格取得を申し出ます。

地方職員共済組合大阪府支部長 様

令和 年 月 日

退職時の 組合員証記号番号	地・大阪										
組合員氏名					生年月日（西暦）	年	月	日			
退職時の室・課・所名 又は法人名					退職年月日（西暦）	年	月	日			
住所	〒 —										
電話番号	自宅：				携帯電話：						
メールアドレス	@										
退職まで連続した組合員加入期間の確認 該当する□にチェックしてください。											
<input type="checkbox"/> 1年を超える ⇒ 任意継続組合員になれる					《注意事項》 地共済の任意継続組合員になるためには、退職日まで引き続き1年を超える（1年と1日以上）の組合員期間が必要です。						
<input type="checkbox"/> 1年以下（1年を含む） ⇒ 任意継続組合員になれない											
掛金の払込方法 □にチェックしてください	<input type="checkbox"/> 各月払い		掛金の納付方法 □にチェックしてください		<input type="checkbox"/> ATM等による振込（ネットバンキング可）						
	<input type="checkbox"/> 半年払い				<input type="checkbox"/> りそな銀行口座からの自動引落						
	<input type="checkbox"/> 一年払い				※預金口座振替依頼書（様式⑤）の提出が必要です。						
給付金・掛金還付金の 振込先	金融機関名		支店名		口座名義人（漢字）			口座名義人（カナ）			
			支店								
	金融機関コード		支店コード		預金種別		口座番号				
					普通預金						
認定を継続しない 被扶養者 （注意事項を一読の上、 記入願います。）	続柄		氏名		《注意事項》 退職前に認定されていた組合員の被扶養者で、退職日以降も要件を満たす方は、自動的に認定継続となります。就職や扶養者変更等により、認定を継続しない被扶養者がある場合は、左欄に記入してください。（空欄の場合は、全員継続認定します。）						
退職後の再就職予定	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり		年 月 日付け			へ就職予定			

※記入例を参考にしてください。

任意継続組合員資格取得申出書

【様式④】

1. 大阪府知事部局職員
本庁は室・課名、出先機関は所名を記入してください。

2. 1以外の法人職員
各独立行政法人又は関西広域連合、地共済大阪府支部に属する職員は、属する法人名を記入して下さい。

02 共済組合員証（健康保険証）の右上に記載されている、し出 書類作成日を記入してください。
「3」から始まる10桁の番号です。

令和 ● 年 △ 月 ■ 日

退職時の組合員証記号番号	地・大阪	3	2	2	1	1	0	0	1	0	0			
組合員氏名	共済 太郎					生年月日（西暦）			▲年 ▲月 ▲日					
退職時の室・課・所名 又は法人名	〇〇事務所					退職年月日（西暦）			年 月 日					
住所	〒 540 - 0008													
	中央区●●前2丁目1番43号													
電話番号	自宅： 06-6944-6083					携帯電話：								
メールアドレス	oosakataro @ kyosai.com													
退職まで連続した組合員加入期間の確認 該当する□にチェックしてください。														
<input type="checkbox"/> 1年を超える ⇒ 任意継続組合員になれる <input type="checkbox"/> 1年以下（1年を含む） ⇒ 任意継続組合員になれない						《注意事項》 地共済の任意継続組合員になるためには、退職日まで引き続き1年を超える（1年と1日以上）の組合員期間が必要です。								
掛金の払込方法 □にチェックしてください	<input type="checkbox"/> 各月払い <input checked="" type="checkbox"/> 半年払い <input type="checkbox"/> 一年払い		掛金の納付方法 □にチェックしてください	<input type="checkbox"/> ATM等による振込（ネットバンキング可） <input checked="" type="checkbox"/> りそな銀行口座からの自動引落 ※預金口座振替依頼書（様式⑤）の提出が必要です。										
	金融機関名			支店名		□座名義人（漢字）			□座名義人（カナ）					
給付金・掛金還付金の 振込先	〇〇銀行		〇〇〇 支店		共済 太郎			キョウサイ タロウ						
	金融機関コード		支店コード		預金種別		□座番号							
	0	0	0	0	0	0	0	普通預金	0	0	0	0	0	0
認定を継続しない 被扶養者 (注意事項を一読の上、 記入願います。)	続柄		氏名											
	長女		共済 はなこ											
退職後の再就職予定	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		〇年〇月〇日付け			株式会社〇〇〇			へ就職予定					

必ずご一読ください。