



短時間再雇用終了職員用

令和4年度 退職準備のしおり

(このしおり内の「退職」という表記は、「短時間再雇用終了」と読み替えてください。)



目次

提出必要書類

退職時の提出必要書類・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.1

健康保険制度

退職者の健康保険制度・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.2

(参考) 任意継続組合員制度の概要・・・・・・・・・・・・・・・・P.4

退職後の各種事業の概要

短期給付・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.8

年金・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.8

保健事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.9

(別添) 各種様式

地方職員共済組合大阪府支部
(大阪府総務部人事局総務サービス課)

令和5年2月

退職時の提出必要書類（地方職員共済組合）

問合せ先：大阪府総務部人事局総務サービス課福利厚生・認定グループ

TEL：06-6941-0351（府庁代表）内線 4154 直通：06-6944-6083

退職時に提出が必要な書類は、下記のとおりです。期限に遅れないように手続きをお願いします。

※以下、チェックリストとして御活用ください。

全員提出必要書類（所属総務担当者へ提出）

✓	提出書類	様式番号	提出期限	留意事項			
	組合員異動報告書	①	2月17日(金)				
	退職届書	②					
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">全員 該当者</td> <td>組合員証（保険証）原本</td> </tr> <tr> <td> 組合員被扶養者証原本 高齢受給者証 特定疾病療養受領証 限度額認定証 </td> </tr> </table>	全員 該当者	組合員証（保険証）原本	組合員被扶養者証原本 高齢受給者証 特定疾病療養受領証 限度額認定証		3月31日(金)	<ul style="list-style-type: none"> 地方職員共済組合の資格が継続される方は、原則、組合員証・被扶養者証をそのままお使いいただけますので、返納不要です。(P.2 参照) 所属所総務担当者へ返納してください。 資格喪失後（退職日の翌日以降）に返納せずに医療機関において、組合員証を不正に使用した場合は、医療費を全額自己負担していただくこととなりますので、御注意ください。
全員 該当者	組合員証（保険証）原本						
	組合員被扶養者証原本 高齢受給者証 特定疾病療養受領証 限度額認定証						

発行を希望される方のみ提出必要書類（所属総務担当者へ提出）

✓	提出書類	様式番号	提出期限	留意事項
	資格喪失証明書（証明願）	③	2月17日(金)	3月末に所属宛に送付する予定です。任意継続組合員の事前申出をされる方については、任意継続組合員証と併せて資格喪失証明書を御自宅宛て送付します。

任意継続組合員加入希望者提出必要書類（地共済大阪府支部へ提出）

★ 提出先：地方職員共済組合大阪府支部（大阪府人事局総務サービス課）福利厚生・認定グループ

TEL：(代表) 06-6941-0351 内線 4154 (直通) 06-6944-6083

✓	提出書類	様式番号	提出期限	留意事項
	任意継続組合員資格取得申出書	④	【事前申出】 2月17日(金) 【通常申出】	申出方法は、「事前申出」及び「通常申出」があります。詳細はp.5を御参照ください。
	預金口座振替依頼書	⑤	4月3日(月)	

以下、新たに被扶養者を認定する場合のみ提出が必要となります。

	任意継続組合員被扶養者申告書	⑥ - 1	【事前申出】 2月17日(金)	
	扶養に関する申立書	⑥ - 2	【通常申出】 4月3日(月)	

退職者の健康保険制度（地方職員共済組合）

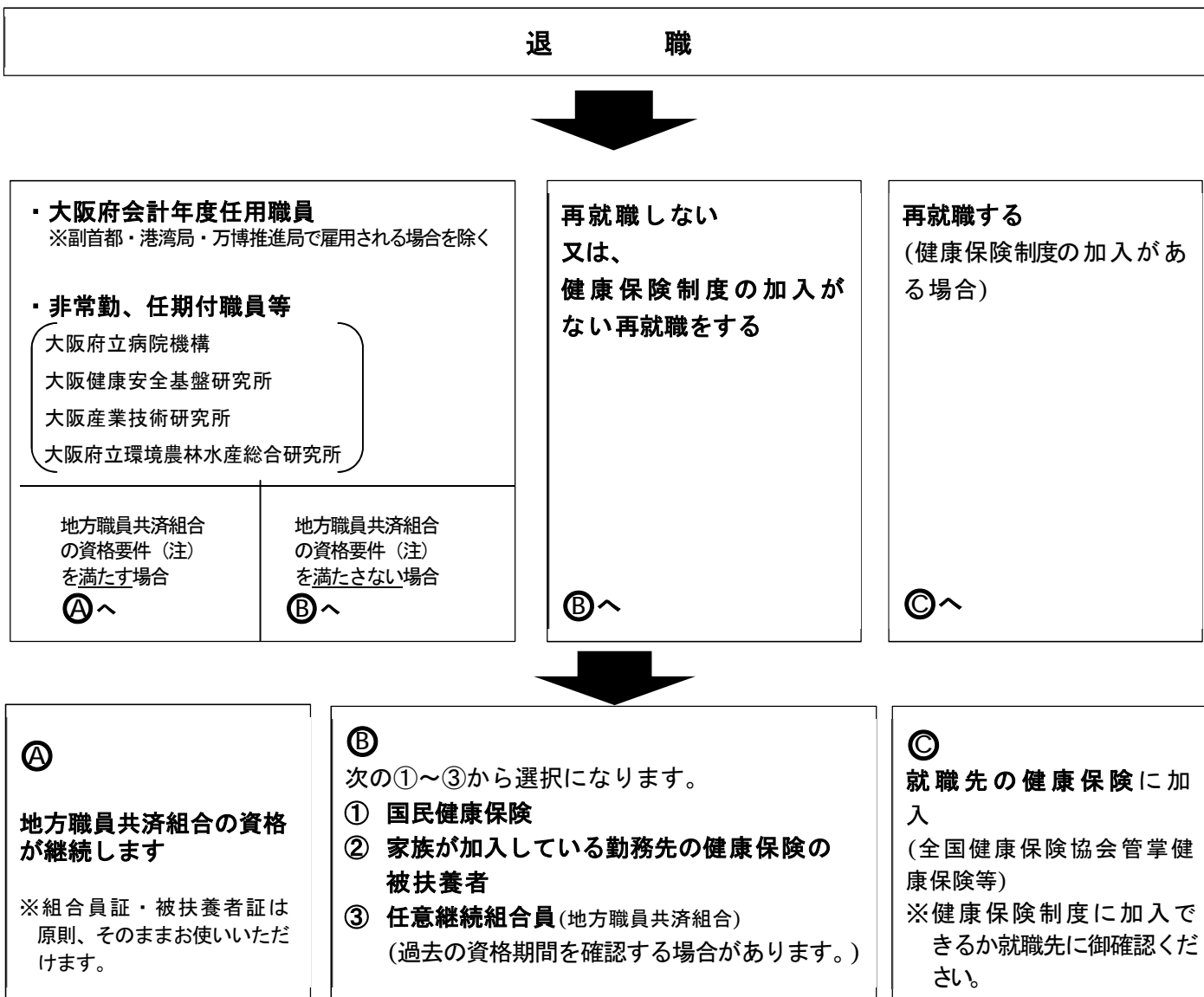
問合せ先：大阪府総務部人事局総務サービス課福利厚生・認定グループ

TEL：06-6941-0351（府庁代表）内線 4154 直通：06-6944-6083

1. 退職後の健康保険等について

退職した日の翌日から、共済組合の組合員資格を喪失します。国民皆保険制度の中で、いずれかの健康保険に加入することが義務付けられていますので、下図を参考にして退職後に加入する保険を選択し、御自身で加入手続を行ってください（組合員証等は、退職時の所属に必ず返納してください）。

なお、組合員が退職後、任意継続組合員又は国民健康保険に加入される場合、20歳以上60歳未満の被扶養者である配偶者については国民年金への加入手続が必要となりますので、居住地の各市区町村の国民年金担当窓口で手続してください。



(注) 要件

労働時間：週20時間以上

賃 金：月額賃金88,000円以上

勤務期間：継続して2カ月を超える見込み（学生は除く）

2. 各種健康保険制度の比較

	任意継続組合員	国民健康保険	家族の健康保険の被扶養者
	(地方職員共済組合の場合)	(各市区町村の制度による)	(家族の勤め先の健康保険制度)
加入資格	退職日の前日まで引き続き1年以上組合員であった者	他の健康保険制度に加入していない者	それぞれの健康保険制度により異なる。
加入手続	退職日から20日以内に申出書を提出し、かつ掛金を納付する。	退職日から14日以内にお住まいの市区町村で加入手続を行う。	それぞれの健康保険組合が定めた所定の手続を行う。
掛金・保険料	■退職時の標準報酬月額から計算 1月あたりの掛金額は、次のいずれか低い額に掛金率を乗じて得た額。 ①退職時の標準報酬月額 ②組合員の平均標準報酬月額 ※40歳以上65歳未満の方は短期掛金及び介護掛金、それ以外は短期掛金のみ	■前年の所得等により計算 各市区町村によって異なる。 40歳以上65歳未満の方は、国民健康保険料に加え、介護保険料が必要。	■掛金・保険料はなし
		※具体的な保険料の金額は、お住まいの市区町村の国民健康保険課等で確認してください。	例) 家族が勤務先の健康保険に加入しており、退職者が今後勤める予定がなく、家族の被扶養者として認定された場合 年間保険料は不要
自医療負担割合での	本人：3割(※) 家族：3割 2割(義務教育就学前) 2割(70歳～74歳)(※) (※)本人が70歳以上の場合、割合が異なることがあります。	本人：3割(※) 家族：3割 2割(義務教育就学前) 2割(70歳～74歳)(※) (※)詳細は市区町村に御確認ください。	家族：3割(※) (※)詳細は御家族の勤務先の保険者等に御確認ください。
選択のポイント	<ul style="list-style-type: none"> 被扶養者がいる場合でも掛金額は変わらない(国民健康保険は家族の所得によって保険料が増える) 現職のときと同じ医療給付が受けられる(病院で25,000円以上支払った場合、25,000円を超えた分を返金等) 	<ul style="list-style-type: none"> 前年の所得により保険料が増減するため、退職して1年経過してから加入する方が保険料の負担が少ない場合があります。(1年目は任意継続、2年目から国保へ加入等) 	<ul style="list-style-type: none"> 家族の勤め先の健康保険で、被扶養者としての認定要件を満たしていることが必要です。 ※ <u>認定要件を必ず確認してください。</u>

(新しい勤務先の健康保険制度については、勤務先に御確認ください。)

任意継続組合員（地方職員共済組合）

問合せ先：大阪府総務部人事局総務サービス課福利厚生・認定グループ

TEL：06-6941-0351（府庁代表）内線 4154 直通：06-6944-6083

任意継続組合員とは

任意継続組合員制度とは、退職の日の前日まで引き続いて1年以上（※）共済組合員であった者が、退職後2年間の範囲で、退職後も引き続いて短期給付及び福祉事業（退職前とは内容が一部異なります。）を受けられることができる制度です。

※法改正により令和4年10月1日に地方職員共済組合の短期組合員となった方については「施行日の前日まで引き続き健康保険の被保険者であった間」も「組合員であった者」の期間としてみなす経過措置が適用されます。

1. 任意継続掛金

(1) 掛金の額

掛金率及び9月30日における標準報酬の月額平均額は、毎年度異なりますので、各年度の案内を参照してください。（P.7参照）

短期掛金：標準報酬月額（※1）×短期掛金率

介護掛金：標準報酬月額（※1）×介護掛金率（40歳以上65歳未満の方のみ）

※1 標準報酬月額は、組合員が退職した月の標準報酬月額と共済組合の全組合員の毎年9月30日における標準報酬の月額平均額のうち低い方の金額になります。

(2) 払込方法及び期限

払込方法：りそな銀行に口座をお持ちの場合は、口座振替（自動引落）を選択できます。

それ以外の場合は、ATM等による振込となります（りそな銀行以外の銀行口座からは、口座振替はできません）。

※一年払い、半年払いの方も最初の一か月は月払いになります。

払込期限：最初に払い込む掛金は退職の日から起算して20日以内（月末退職であれば翌月19日まで）

に、それ以後各月の支払は前月の末日までです。期限までに払込がなかった場合は、資格を喪失します。

備考：月の中途に任意継続組合員の資格を取得した場合は、その月から掛金が必要です。

任意継続組合員資格を取得した月に資格喪失した場合、当月の掛金が必要です。

(3) 掛金の前納割引

掛金を一年払い又は半年払いにすると、期間に応じた割引を受けることができます。

※年度末退職者の事前申出以外は、最初に払い込む掛金は月払いで、割引がありません。

2. 任意継続組合員に係る短期給付及び福祉事業

任意継続組合員になると、在職中と同様の要件で療養の給付、家族療養費附加金等の短期給付を受けられます。（但し、**傷病手当金**※、**出産手当金**※、休業手当金、育児休業手当金、介護休業手当金を除きます。※については、条件により給付を受けられる場合があります。詳しくは、**短期給付問い合わせ先**（P.8参照）に御確認ください。）

なお、在職中は所属所経由により申請していただいておりますが、退職後に任意継続組合員に加入した場合は、給付金の申請は請求書を地方職員共済組合大阪府支部へ直接提出いただくこととなります。

福祉事業等については、次の表のとおりです。

利用できるもの	利用できないもの
○特定健康診査・特定保健指導 （年度末年齢40歳以上75歳未満の方のみ）	○人間ドック、55セルフドック
○各種相談事業	○福利厚生委託事業
○高額医療貸付及び出産貸付	○左記以外の貸付

3. 任意継続組合員への加入手続

退職の日から起算して20日以内(月末退職の場合は翌月19日まで)に「任意継続組合員資格取得申出書」等の必要書類を地方職員共済組合大阪府支部(以下、「大阪府支部」という。)に提出するとともに、同期間内に最初の掛金を払い込む必要があります。上記申出書が提出された後に大阪府支部から掛金額を本人宛て通知し、その後、上記期間内の納入が必要になりますので、必ず退職日から5日以内に上記申出書等が大阪府支部に届くようにしてください。

年度末に退職される方については、事前申出の手続もありますので、御参照ください。

<必要書類>

- 任意継続組合員資格取得申出書[様式④]
- 預金口座振替依頼書(口座振替を希望される場合のみ)[様式⑤]

4. 任意継続組合員の資格喪失

次の事由のいずれかに該当する場合は、任意継続の資格を失います。

- (ア) 任意継続組合員となった日から2年を経過したとき。
- (イ) 死亡したとき。
- (ウ) 任意継続掛金(最初の掛金を除く)を払込期日までに払い込まなかったとき。
- (エ) 他の健康保険の被保険者となったとき。
- (オ) 任意継続組合員でなくなることを希望する旨を大阪府支部に申し出た場合において、その申し出が受理された月の末日が到来したとき。
- (カ) 後期高齢者医療の被保険者等となったとき。

※資格喪失する場合の提出書類・・・様式⑦「任意継続組合員資格喪失申出書」

(エ)の場合は、新しい健康保険証の写し等、添付書類が必要です。

※資格喪失した場合は、遅滞なく組合員証・被扶養者証(健康保険証)を大阪府支部まで返納してください。仮に、資格喪失後に組合員証を返納せずに医療機関において、不正に使用した場合は、医療費を全額自己負担していただきますので十分御注意ください。

5. 年度末退職者の事前申出

年度末退職者のうち、次の要件を全て満たす方は、事前申出をすることができます。

<要件>

- ・令和5年2月17日(金)までに必要書類を提出すること。
- ・令和5年3月15日(水)までに最初の掛金を納付すること。

<事前申出のメリット>

- ・退職後早期に組合員証・被扶養者証(健康保険証)を受領できます。
- ・掛金の一年払い、半年払いを選択される場合は、前納割引が適用されます。
- ・口座振替を希望される場合は、**最初の掛金も口座振替(自動引落)されます。**

事前申出の場合

前納払込期間	月数	払込期限
4月分～翌年3月分	12か月	3月15日
4月分～9月分	6か月	3月15日
10月分～翌年3月分	6か月	9月29日

事前申出以降の申出(通常申出)の場合

前納払込期間	月数	払込期限
4月分(割引なし)	1か月	4月19日
5月分～翌年3月分	11か月	4月28日
4月分(割引なし)	1か月	4月19日
5月分～9月分	5か月	4月28日
10月分～翌年3月分	6か月	9月29日

(参考) 任意継続組合員制度の概要

6. 申請方法とスケジュール

申請手順		事前申出の場合【※推奨】	事前申出以降の申出の場合
申出	下記書類を提出してください。 ・任意継続組合員資格取得 申出書 〔様式④〕 ・預金口座振替依頼書〔様式⑤〕 ※口座振替を希望する場合のみ	2月17日(金) 必着 ※ 期限後に到着した申出は、 <u>事前申出以降の申出</u> として受付します。	4月3日(月) 必着 ※ 申出を受け付けた後、掛金額の算定や本人あての通知(郵送)等、大阪府支部での事務処理の期間が必要ですので、必ず上記期限までに御提出をお願いします。
掛金額通知	支部から掛金額、払込期限、払込方法を通知します。	3月3日(金) 前後	4月10日(月) 前後
掛金払込	期限までに掛金を納付してください。	3月15日(水) 期限 ※ 口座振替を選択された方は自動引落されます。 ※ ATM払込の方は必ず期限までに納付(振込)してください。	4月19日(水) 期限 ※ 口座振替を選択された方も最初の払込(4月分掛金)は、ATM振込になります。
組合員証等交付	組合員証・被扶養者証(健康保険証)を新たに交付します。現在の組合員証等は、退職日以後は使用できません。	4月1日(土) から 順次発送予定	4月24日(月) から 順次発送予定 ※ 掛金の入金を確認できた方から順次自宅に郵送します。
受領書提出	必ず受領書を提出してください。	組合員証等交付日から2週間以内に受領書を返送	
組合員証等返納	現在の組合員証・被扶養者証(健康保険証)を所属に返納してください。	3月31日(金) 期限	

【加入後の手続】

掛金払込	一年払い	3月15日(水)までに完納になりますので、手続はありません。 ※口座振替を選択された方は自動引落されます。	4月28日(金) 期限 口座振替を選択された方は、5月～翌年3月分が自動引落されます。 ATM振込の方は、5月～翌年3月分を振り込んでください。
	半年払い	9月29日(金) 期限 口座振替を選択された方は、10月～翌年3月分が自動引落されます。 ATM振込の方は、10月～翌年3月分を振り込んでください。	
	月払い	各月の末日期限 口座振替を選択された方は、毎月末に翌月分が自動引落されます。 ATM振込の方は、毎月末までに翌月分を振り込んでください。	
年度更新	令和5年度中に加入された方が令和6年度も任意継続組合員を継続されるかについては、令和5年度末までに確認させていただく予定です。		

※ 退職日の翌日から現在の組合員証・被扶養者証(健康保険証)は使用できなくなります。事前申出以降の申出の場合は、お手元に健康保険証がない期間ができるおそれがありますので、できるだけ事前申出をしてください。
 任意継続組合員の資格取得日(退職日の翌日)の同日に他の健康保険の資格を取得された場合は、その保険証のコピーを添付して資格喪失を申し出ることにより、払い込まれた掛金を全額還付します。
 (再就職先の採用結果をお待ちの方で、不採用であった場合に任意継続組合員への加入を希望される方は、上記期限までに書類を提出してください。但し、他の健康保険の資格取得日が退職日の翌々日以降になり、1日でも間が空いた場合は、掛金(1か月分)が必要になるので御注意ください。)

任意継続組合員の掛金等（地方職員共済組合）

問合せ先：大阪府総務部人事局総務サービス課福利厚生・認定グループ

TEL：06-6941-0351（府庁代表）内線 2154 直通：06-6944-6854

1. 掛金率及び組合員の平均標準報酬月額

- ・令和5年度の掛金率

短期掛金： 88.16/1000

介護掛金： 17.06/1000

（介護掛金は40歳以上65歳未満のみ）

- ・令和5年度の組合員の平均標準報酬月額

440,000円

例)退職時(45歳)の標準報酬月額が500,000円の方

①退職時の標準報酬月額 500,000円

②組合員の平均標準報酬月額440,000円(令和5年度)

⇒440,000円を用いる。

短期掛金： $440,000 \times 88.16/1000 \div$ 38,790円/月

介護掛金： $440,000 \times 17.06/1000 \div$ 7,506円/月

合計： 46,296円

2. 前納による割引

一年払い：最大で12か月分が11.7869636月分

半年払い：最大で6か月分が5.9318472月分

短期給付（地方職員共済組合）

問合せ先：大阪府総務部人事局総務サービス課福利厚生・認定グループ

TEL：06-6941-0351（府庁代表）内線 2154・2159 直通：06-6941-8810

退職後の給付

(1) 出産費

退職の日まで引き続き1年以上(※)組合員であった者が、退職後(任意継続組合員は、資格喪失後)6カ月以内に出産したときに支給。(出産費附加金は支給されません。)

なお、退職後、他の医療保険者から同様の給付を受けるときは支給しません。

(2) 埋葬料

組合員が退職後(任意継続組合員は、資格喪失後)3カ月以内に死亡したときに支給。

なお、退職後、他の医療保険者から同様の給付を受けるときは支給しません。

(3) 傷病手当金

1年以上(※)組合員であった者が、退職した際に傷病手当金を受けている場合(注)には、その者が退職しなかった場合に受けることができる期間は、継続して支給。(傷病手当金附加金は支給されません。)ただし、同一の疾病により、退職後も継続して就労不能な状態である場合に限り、また、年金を受給された場合、年金額との調整が必要となることがあります。年金が遡って認定された時には、傷病手当金を遡って返還していただく場合があります。

(注) 退職日において、すでに勤務に服することができなかつた日以後3日を経過しているが報酬が支給されているため傷病手当金の支給が行われていない場合も含まれます。

(4) 出産手当金

1年以上(※)組合員であった者が退職したとき、退職日が産前休暇となる出産予定日以前42日目以降であれば、退職日の翌日から出産の日後56日までの期間支給。ただし、退職後、他の医療保険者から同様の給付を受けるときは支給しません。

※法改正により令和4年10月1日に地方職員共済組合の短期組合員となった方については「施行日の前日まで引き続き健康保険の被保険者であった間」も「組合員であった者」の期間としてみなす経過措置が適用されます。

年金（地方職員共済組合）

問合せ先：大阪府総務部人事局総務サービス課福利厚生・認定グループ

TEL：06-6941-0351（府庁代表）内線 2150・2155 直通：06-6944-7608

老齢厚生年金の請求については、支給開始年齢に達する前に、最後に加入していた被用者年金制度の機関から請求書が送付されます。

退職後、住所・氏名等に変更があった方は、当共済組合まで御連絡ください。

併せて、地共済のホームページに掲載している「年金（老齢・障害・遺族）のしおり」も御参照ください。

在職中の病気や怪我のため現在障害の状態にある方は、一定の要件を満たす場合、障害厚生年金を受給することができる可能性があります(65歳以降は、一部請求手続きができなくなりますので御注意ください)。お心当たりのある方は、地方職員共済組合大阪府支部までお問い合わせください。

保健事業（地方職員共済組合）

問合せ先：大阪府総務部人事局企画厚生課健康管理グループ

TEL：06-6941-0351（府庁代表）内線 5771～5773 直通：06-6910-6825

<退職後も地共済組合員となる場合>

○人間ドックについて（任意継続組合員を除く）

地共済の「人間ドック」を受診していただけます。

毎年4月に募集しますので、受診を希望される方は申し込んでください。

○特定保健指導について

有効期限内の受診券をお持ちの場合又は特定保健指導の指導期間中の場合につきましては、退職後も利用できます。

<退職後に地共済の資格を喪失する場合>

○人間ドックについて

退職日の翌日以降は利用ができなくなります。

○特定保健指導について

任意継続組合員になる場合を除き退職日の翌日以降は利用ができなくなります。

有効期限内の受診券をお持ちの場合も、特定保健指導の指導期間中の場合も、退職後は利用できません。

なお、退職後利用された場合は、自己負担となり、後日請求書を送付してお支払いいただくこととなりますので御注意ください。

退職手続に係る各種様式（地方独立行政法人用）

様式①	組合員異動報告書
様式②	退職届書
様式③	資格喪失証明書
様式④	任意継続組合員資格取得申出書
様式⑤	預金口座振替依頼書
様式⑥ - 1	任意継続組合員被扶養者申告書
様式⑥ - 2	扶養に関する申立書
様式⑦	任意継続組合員資格喪失申出書

【様式①】

組合員異動報告書

様式第1号

組合員証記号番号		地・大阪																					
(フリガナ)														昭和・平成									
組合員氏名														生年月日		年		月		日			
(フリガナ)																							
現住所																							
区別		転出先						備考															
転出	他の組合へ転出																						
異動及び種別変更年月日		令和						年		月		日											
異動等理由 (○をつける事)		転出 ・ 営利法人への派遣 ・ 退職 ・ 死亡 ・ その他 ()						種別変更															
異動日前に営利法人へ派遣されていた者についてはその派遣団体名																							
組合員種別の変更		新種別								旧種別													
地方職員共済組合大阪府支部長 様																							
令和 年 月 日																							
所属所長名																							
(所属名)																							

令和 年 月 日	取扱者印
組合員証返納済	

記載例

【様式①】

組合員異動報告書

様式第1号

組合員証の右上に記載の番号を記入してください。

組合員証記号番号	地・大阪	3	2	2	1	1	0	0	1	0	0
(フリガナ)	キョウサイ タロウ		生年月日		昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日						
組合員氏名	共済 太郎										
(フリガナ)	オオサカフオオサカシチュウオウクオオテマエ										
現住所	大阪府大阪市中央区大手前3丁目1番43号										
区別	転出先										
転出	退職（資格要件を満たさなくなった場合を含む）される場合は退職日、異動される場合は異動日、種別変更される場合は種別変更日を記入してください。										
異動及び種別変更年月日	令和 ● 年 ● 月 ● 日										
異動理由 (○をつける事)	転出 ・ 営利法人への派遣 ・ 退職 ・ 死亡 ・ その他 () ・ 種別変更										
異動日前に営利法人へ派遣されていた者についてはその派遣団体名	種別変更の場合は必ず記入してください。										
組合員種別の変更	新種別	短期組合員	旧種別	一般組合員							
地方職員共済組合大阪府支部長 様	退職日、異動日、種別変更日のいずれかを記入してください。										
令和 ● 年 ● 月 ● 日	所属所長名 地方独立行政法人 ○○○○ (所属名 ▲▲▲センター)										
退職時の所属機関名を記入してください。											

記入時点での住所を記入いただき、在職中に住所変更された場合は、住所変更手続きを行ってください。

退職（資格要件を満たさなくなった場合を含む）される場合は退職日、異動される場合は異動日、種別変更される場合は種別変更日を記入してください。

種別変更の場合は必ず記入してください。

種別変更の場合は必ず記入してください。

退職日、異動日、種別変更日のいずれかを記入してください。

退職時の所属機関名を記入してください。

【様式②】

退 職 届 書

令和 年 月 日

地方職員共済組合大阪府支部長 様

下記のとおり退職しましたので届け出ます。

組合員であつた者の氏名	(フリガナ)	支 部 名	大 阪 府 支 部
			地・大阪
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	組 合 員 証 記 号 番 号	
退 職 年 月 日	令和 年 月 日	退 職 時 の 所 属 機 関	
住 所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TEL () -		
	(フリガナ)		
退 職 後 の 住 所 変 更 予 定 (令和 年 月頃)	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TEL () -		
	(フリガナ)		
退 職 後 の 再 就 職 予 定	令和 年 月 日付	TEL () -	～就職予定
<p>上記の日において、退職したことを証明する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所属 所 長</p>			

記入例

退職届書

※種別変更のみ（一般組合員⇒短期組合員）
の場合にも提出が必要です。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

地方職員共済組合大阪府支部長 様

下記のとおり退職しましたので届け出ます。

組合員であつた者の氏名	(フリガナ) キョウサイ タロウ 共済 太郎	支部名	組合員証の右上に記載の番号を記入してください。
生年月日	昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	組合員証 記号番号	地・大阪 3 2 2 1 1 0 0 1 0 0
退職年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	退職時の 所属機関	〇〇〇センター・研究所
退職日（種別変更日）を記入してください。	0 0 8	退職時（種別変更時）の法人名（産業技術研究所及び病院機構はセンター名まで）を記入してください。	
住所	(フリガナ) オオサカフオオサカシチュウオウクオオテマエ 大阪府大阪市中央区大手前3丁目1番43号	TEL (〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇	記入時点での住所を記入いただき、在職中（種別変更前）に住所変更された場合は、住所変更手続きを行ってください。
退職後の住所変更予定 (令和〇〇年〇〇月頃)	〒 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 (フリガナ) 〇〇ケン〇〇シ〇〇〇〇チョウ 〇〇県〇〇市〇〇〇〇町〇丁目〇-〇	〇〇〇〇株式会社	退職後（種別変更後）に住所変更される予定がある場合、記入してください。
退職後の再就職予定	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日付 〇〇〇〇株式会社	〇〇〇〇株式会社	〇〇〇〇株式会社 ～就職予定

再就職の予定がある場合のみ、記入してください。
種別変更の場合は記入不要です。

令和 ● 年 ● 月 ● 日

所属 所長 地方独立行政法人 〇〇〇〇〇 理事長

地方職員共済組合大阪府支部長 様

所属機関名

組合員氏名

下記のとおり資格を喪失したことを証明願います。

資 格 喪 失 証 明 書							
組 合 名	名 称	地方職員共済組合大阪府支部		3 2 2 7 0 1 1 8			
	所 在 地	大阪市中央区大手前3丁目1番43号					
組 合 員	住 所						
	氏 名		性別	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	組 合 員 証 記 号 番 号	地・大阪					
資 格 喪 失 者	氏 名	性別	生 年 月 日		続 柄	資 格 喪 失 年 月 日	
	組合員本人が資格を喪失する場合は右口に☑してください。(□)				本人	令和 年 月 日	
	被 扶 養 者			年 月 日			令和 年 月 日
				年 月 日			令和 年 月 日
				年 月 日			令和 年 月 日
				年 月 日			令和 年 月 日
			年 月 日			令和 年 月 日	

※ 組合員が退職（死亡退職を含む）の場合は、退職日の翌日が資格喪失日となります。

※ 証明願を1部作成し、コピーを添えて提出してください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

地方職員共済組合大阪府支部長

退職、他共済への異動など組合員（職員）本人の資格が喪失した場合

記入例（本人分）※他共済へ転出時を含む

地方職員共済組合大阪府支部長 様

所属機関名 元 〇〇〇〇課

組合員氏名 共済 太郎

退職時又は異動直前の所属名です。

下記のとおり資格を喪失したことを証明願います。

組合員（職員）のお住まいの住所です。

資格喪失証明書									
組合名	名称	地方職員共済組合大阪府支部			3 2 2				
	所在地	大阪市中央区大手前3丁目1番43号							
組合員住所	住所	〇〇市〇〇町〇丁目1-2							
	氏名	共済 太郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	生年月日	昭和 平成	〇〇年 〇月 〇〇日	
資格喪失者	氏名	共済 太郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	生年月日	昭和 平成	〇〇年 〇月 〇〇日	
	住所	〇〇市〇〇町〇丁目1-2							
被扶養者	氏名	共済 花子		性別	女	生年月日	昭和△△年 △月△△日	続柄	妻
	住所	〇〇市〇〇町〇丁目1-2							
資格喪失者	氏名	共済 太郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	生年月日	昭和 平成	資格喪失年月日	令和〇〇年 4月 1日
	住所	〇〇市〇〇町〇丁目1-2							
被扶養者	氏名	共済 太郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	生年月日	昭和 平成	資格喪失年月日	令和〇〇年 4月 1日
	住所	〇〇市〇〇町〇丁目1-2							
資格喪失者	氏名	共済 太郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	生年月日	昭和 平成	資格喪失年月日	令和〇〇年 4月 1日
	住所	〇〇市〇〇町〇丁目1-2							

該当するものを○で囲んでください。



被扶養者は全員お書きください。

退職（異動を含む）の場合は、退職日の翌日が資格喪失日となります。退職日の翌日（異動の場合は発令日）に資格喪失の届出を提出してください。コピーを添えて提出してください。

退職のときは退職日の翌日、異動のときは発令日です。

地共済以外の健康保険や年金保険に加入するために、資格喪失証明が必要な場合があります。主な事例は下記のとおりですので、証明が必要な方は申請してください。

- 1) 地共済の健康保険以外の健康保険に加入するとき
(例) 家族の被扶養者となる、国民健康保険に加入、民間企業に勤務 等
- 2) 任意継続組合員に加入する方で、20才以上60才未満の被扶養配偶者がいるときは、その方の国民年金加入手続のために必要な場合があります。

(注) 記入箇所にも二重線を引いたり、訂正印を押すなどにより修正しないようにお願いいたします。
記入箇所に誤りがある場合、書き直しをお願いいたします。

任意継続組合員資格取得申出書

【様式 ④】

(令和4年10月1日から令和5年10月1日の間に退職し、任意継続を希望される短期組合員専用)

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							退職年月日	令和	年	月	日		
退職時の所属機関							退職時の標準報酬月額						,000円
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													
下記1、2及び3全てに該当される場合に任意継続組合員の資格取得を申出できます。 該当する方は□にチェックしてください。 加入期間等にご不明な点があるときは、事前に当共済までご相談ください。(TEL 06-6944-6083)													
<input type="checkbox"/> 1 令和4年10月1日付けで新たに地共済の「短期組合員」となった													
<input type="checkbox"/> 2 令和4年9月30日まで引き続き「健康保険の被保険者(※)」であった													
<input type="checkbox"/> 3 上記1と2の期間をあわせて1年1日以上「健康保険の被保険者(※)」であった期間がある													
※ 地共済の任意継続組合員になるためには、上記退職年月日の前日までに1年以上「地共済の組合員」であったことが要件となります。 ただし、令和4年10月1日から地共済の組合員になった方については、協会けんぽ(地方職員共済組合法及び国家公務員共済組合法で適用される各共済組合を含む)の被保険者であった期間(健康保険の被保険者であった期間)も「地共済の組合員」であったものとしてみなします。 なお、国民健康保険・任意継続組合員の加入期間は任意継続の要件である「健康保険の被保険者」に該当しません。													
給付金等の振込先	金融機関名			支店名			□座名義人(漢字)			□座名義人(カナ)			
				支店									
	金融機関コード			支店コード			預金種別		□座番号				
							普通預金						
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④)の提出が必要です。						
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		令和	年	月	日	へ就職予定				

任意継続組合員資格取得申出書

本庁は室・課名、出先機関は所名を御記入ください。

共済組合員証（健康保険証）の右上に記載されている、「3」から始まる10桁の番号です。

望される書類作成日を記入してください。

令和●年△月■日

〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1
 〇〇株式会社 〇〇部 〇〇課 〇〇室 〇〇号
 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

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 退職年月日 令和▲年▲月▲日

退職時の所属機関
 〇〇事務所 退職時の標準報酬月額 〇 〇 〇 ,000円

住所
 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇
 中央区〇〇〇

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

1～3の全てに該当するかご確認ください。（1つでも該当しない場合は申出できません）
 加入期間等にご不明な点があるときは、事前に当共済までご相談ください。（TEL 06-6944-6083）

1 令和4年10月1日付けで新たに地共済の「短期組合員」となった

2 令和4年9月30日まで引き続き「健康保険の被保険者（※）」であった

3 上記1と2の期間をあわせて1年1日以上「健康保険の被保険者（※）」であった

必ずご一読ください。

※ 地共済の任意継続組合員になるためには、上記退職年月日の前日までに1年以上「地共済の組合員」であったことが要件となります。ただし、令和4年10月1日から地共済の組合員になった方については、協会けんぽ（地方職員共済組合法及び国家公務員共済組合法で適用される各共済組合を含む）の被保険者であった期間（健康保険の被保険者であった期間）も「地共済の組合員」であったものとしてみなします。
 なお、国民健康保険・任意継続組合員の加入期間は任意継続の要件である「健康保険の被保険者」に該当しません。

給付金等の振込先	金融機関名	支店名	口座名義人（漢字）	口座名義人（カナ）
	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	口座番号
	0 0 0 0	0 0 0	普通預金	0 0 0 0 0 0 0
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 checked="" type="checkbox"/> 半年払い		<input checked="" 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④）の提出が必要です。	
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。）	
	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 令和〇年〇月〇日付け 株式会社〇〇〇	へ就職予定	

預金口座振替依頼書

年 月 日

株式会社 **りそな銀行 御中**

私は、下記の収納企業から請求された金額を私名義の下記預金口座から預金口座振替によって支払うこととしたいので、預金口座振替規定を確約のうえ依頼します。

預金口座	預金目	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	銀行への届出印	株式会社 りそな銀行 支店	
	預金者名	(フリガナ)			金融機関コード		0 0 1 0
						店コード	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

※ ご依頼日と太枠内を記入してください。

収納企業名	料金等の種類	委託先区分
地方職員共済組合 大阪府支部 短期経理	任意継続掛金	0 8 0 1 5 0 5 9
地方職員共済組合 大阪府支部 介護保険	任意継続介護掛金	0 8 0 1 5 0 5 6

以下の欄には何も記入しないで下さい

振替日	収納企業の指定する日（銀行休業日の場合は翌営業日）
-----	---------------------------

— 預金口座振替規定 —

- 銀行に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
- 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額（当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。）をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
- この契約を解約するときは、私から銀行に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出をしない限り、銀行はこの契約が終了したものと取り扱ってさしつかえありません。
- この預金口座振替についてかりに紛議を生じても、銀行の責めによる場合を除き、銀行には迷惑をかけません。

銀行 使 用 欄	(不備返却事由)			
	1. 預金取引なし		3. 印鑑相違	
	2. 記載事項等相違		4. その他	
()		()		
(備考) 委託先経由済				
印鑑照合		口座No.照合	コード登録	証印

【収納企業使用欄】

(フリガナ)		料金等の	
契約者名		収納依頼	
		企業名	
住所	〒 - TEL ()	料金等の	
		種類	
契約者番号等			

預金口座振替依頼書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

株式会社 **りそな銀行 御中**

りそな銀行以外の銀行口座からは口座振替
ができませんので、御注意ください。

私は、下記の収納企業から請求された金額を私名義の下記預金口座から預金口座振替に
よって支払うこととしたいので、預金口座振替規定を確約のうえ依頼します。

預 金 口 座	預金種目	1 1.普通 2.当座	口座 番号	1	2	3	4	5	6	7	銀行への届出印	株式 会社	りそな銀行
	預金者名	(フリガナ) キョウサイ タロウ					共 済	〇〇支店		金融機関 コード	0	0	1
		共 済 太 郎							店コード	〇	〇	〇	

※ ご依頼日と太枠内を記入してください。

収納企業名	料金等の種類	委託先区分
地方職員共済組合 大阪府支部 短期経理	意 続 続 掛 金	0 8 0 1 5 0 5 9
地方職員共済組合 大阪府支部 介護保険	意 続 続 介 護 掛 金	0 8 0 1 5 0 5 6

任意継続介護掛金は、満40歳から
満64歳までの方のみ対象となります。

以下の欄には何も記入しない

振替日	収納企業の指定する日（銀行休業日の場合は翌営業日）
-----	---------------------------

○支店名、口座番号、届出印をよく確認してください。

○次のような理由により、銀行で受付ができないことから書類の再提出が必要になり、
結果として最初の振替が期日に間に合わなくなる事例が少なくありません。銀行の
届出印をよく確認のうえ、**鮮明に**押印してください。

- ①押印された印が銀行に届けられたものと違う印である。
- ②押印の色が薄くて印影が確認できない。
- ③ハンコの凹凸が朱肉等で埋まっているため、印影の文字が不明確である。

○印鑑を登録していない口座（無印鑑口座）の場合は、届出印の代わりに任意の
認印（ただし、朱肉がいらぬスタンプ式のインク浸透印は不可とされていま
す。）を押印してください。

○記載事項を訂正する場合は必ず二重線で消して訂正し、訂正印として届出印欄と
同じ印を押して下さい。

住所	〒 - TEL ()	企業名	
料金等の種類			
契約者番号等			

(任意継続組合員用) 被扶養者を新たに認定する場合に必要です。

任意継続組合員被扶養者申告書

地方職員共済組合大阪府支部長 様

令和 年 月 日

下記のとおり申告します。

組合員証記号番号	地・大阪							組合員氏名				
認定(取消)を受けようとする者の氏名・フリガナ	性別	続柄	生年月日	職業	年間収入推計額	同居別居	現住所	被扶養者の要件を備え又は欠くに至った		※ 判定及び理由		
								年月日	理由	判定	理由	
			S H R									
			S H R									
			S H R									
			S H R									
			S H R									

(注) 1 年間収入推計額は、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労収入、資産所得、事業所得、各種年金その他の収入額を記入してください。

2 扶養事実の発生(消滅)の理由は、「扶養に関する申立書」に具体的に詳しく書いてください。

3 ※欄は記入しないでください。

共済組合受付印	上記のとおり決定します。		
	令和 年 月 日		
	事務長(総括主査専決)	調査	起案者

【様式⑥-1】

(任意継続組合員用) 被扶養者を新たに認定する場合に必要です。

任意継続組合員被扶養者申告書

地方職員共済組合大阪府支部長 様

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

下記のとおり申告します。

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		
認定(取消)を受けようとする者の氏名・フリガナ	性別	続柄	生年月日	職業	年間収入推計額	同居別居	現住所	被扶養者の要件を備え又は欠くに至った		※ 判定及び理由					
								年 月 日	理 由	判 定	理 由				
キョウサイトモコ 共 済 友 子	女	配偶者	⑤00.00.00 H R	無職	0円	同居	大阪市中央区大手前3-1-43	〇〇/〇3/31	退職	⑤00.00.00 H R					
			S H R												
			S H R												
			S H R												
			S H R												

- (注) 1 年間収入推計額は、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労収入、資産所得、事業所得、各種年金その他の収入額を記入してください。
 2 扶養事実の発生(消滅)の理由は、「扶養に関する申立書」に具体的に詳しく書いてください。
 3 ※欄は記入しないでください。

共済組合受付印	上記のとおり決定します。		
	令和 年 月 日		
	事務長(総括主査専決)	調 査	起 案 者

(任意継続組合員用) 被扶養者を新たに認定する場合に必要です。

扶養に関する申立書

令和 年 月 日

地方職員共済組合大阪府支部長 様

組合員番号 地・大阪

組合員氏名

次の者は、下記のとおり、主として私の収入により生計を維持していることに相違ありません。
事実と相違あるときは、いかなる処分を受けても異議ありません。

1 認定を受けようとする者

氏名	性別	続柄	年齢	歳
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	同居・別居の別※	同居	別居

※(注)実情として別居である場合のほか、住所が同一で同居していても、住民票上で同一世帯でない場合は別居扱いになります。

2 認定を必要とする理由等

① 認定が必要となった理由 (該当する理由の左欄に○をつけてください。)	
出生	
退職 (退職日 令和 年 月 日) ※雇用保険の状況について次の(a)～(d)のいずれかに○をつけてください。 (a) 雇用保険受給待機期間中 (b) 雇用保険の権利を放棄する (c) 雇用保険受給資格なし (d) その他()	
雇用保険受給終了	
扶養者の変更	
収入減少 (給与所得者・自営業者(不動産や株式配当等がある場合を含む))	
育児休業 ※育児休業給付(手当等)の受給状況に次のいずれかに○をつけてください。 (a) 受給中 (b) 受給終了	
その他 ()	
② 職員が主として扶養しなければならない事情	
(扶養事実発生日及び扶養の実態、認定対象者の就労状況及び収入状況等をふまえて、具体的に詳しく記入してください。)	

(裏面も必ず記入してください。)

(裏面)

3 認定を受けようとする者の収入状況

事実発生日から向こう 1 年の年間総収入見込額とその内訳を下表に記入してください。
収入見込額が0円の見込の場合は合計額の欄に「0円」と記入してください。

年間総収入見込額 (①~⑭) の合計額		円
(内訳)		
勤労	① 給与収入(パート・アルバイト等を含む)	円
事業	② 自営業・農業・林業・漁業所得	円
	③ 不動産所得(売却/土地・建物・駐車場の賃貸収入等)	円
	④ 利子・配当・投資(株式配当金等)所得	円
	⑤ 原稿料・印税・講演料等	円
各種年金	⑥ [公的年金/非課税扱い] 障害基礎年金・障害厚生年金・障害共済年金 ・遺族基礎年金・遺族厚生年金・遺族共済年金・恩給等	円
	⑦ [公的年金/課税される年金] 老齢基礎年金・老齢厚生年金・退職共済年金・恩給等	円
	⑧ [企業年金/課税される年金] 厚生年金基金(調整年金)の退職金・適格退職年金(税制適格年金) ・確定給付企業年金・確定拠出年金	円
	⑨ [個人年金/課税される年金] 生命保険等の保険型年金 ・銀行や信託銀行の貯蓄型年金	円
その他	⑩ 雇用保険の失業等給付 (日額: 円)	円
	⑪ 傷病手当・出産手当・育児休業給付等 各給付金・手当 (月額: 円)	円
	⑫ 労災保険等の休業補償給付	円
	⑬ 児童手当法に基づく児童手当・児童扶養手当法に基づく児童扶養手当	円
	⑭ その他継続性のある収入 (具体的に)	円

4 別居の場合

① 別居の場合は、その状況・送金額・送金方法等	
状況	
送金額 (生計費・養育費等) (1) 職員からの送金 (2) 職員以外からの送金(有・無)	1) 職員からの送金 年額 円 <内訳> 毎月 () 円, その他 () 円
	2) 職員以外からの送金(合計) 年額 円 <送金者内訳> (①続柄 / 円), (②(続柄 / 円)
送金方法	

② 別居している扶養親族の同居人 ※同居人が「有」の場合は同居人の収入状況も記入してください。				
	同居人の氏名	職員からみた続柄	収入の有無	収入金額
無 □			□無 ・ □有 ⇒	万円/年
			□無 ・ □有 ⇒	万円/年
有 □			□無 ・ □有 ⇒	万円/年
			□無 ・ □有 ⇒	万円/年

5 「府の経済に属する一般職の常勤職員」又は「地共済の組合員」である配偶者

配偶者氏名(職員番号)	()	所属
-------------	-----	----

認定を受けようとする者ごとに申立書を作成してください。

(任意継続組合員用) 被扶養者を新たに認定する場合に必要です。

扶養に関する申立書

記入日を記入
してください。

令和XX年XX月XX日

地方職員共済組合大阪府支部長 様

組合員番号 地・大阪 3001234567

組合員氏名 共済 太郎

次の者は、下記のとおり、主として私の収入により生計を維持していることに相違ありません。
事実と相違あるときは、いかなる処分を受けても異議ありません。

1 認定を受けようとする者

氏名	共済 花子	性別	女	続柄	配偶者	年齢	〇〇歳
生年月日	大・昭・平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	同居・別居の別※		同居	別居		

※(注)実情として別居である場合のほか、住所が同一で同居していても、住民票上で同一世帯でない場合は別居扱いになります。

2 認定を必要とする理由等

① 認定が必要となった理由 (該当する理由の左欄に○をつけてください。)	
	出生
○	退職 (離職日 令和 〇 年 1 月 31 日) ※雇用保険の状況について次の(a)~(d)のいずれかに○をつけてください。 (a) 雇用保険受給待機期間中 (b) 雇用保険の権利を放棄する (c) 雇用保険受給資格なし (d) その他()
	雇用保険受給終了
	扶養者の変更
	収入減少 (給与所得者・自営業者(不動産や株式配当等がある場合を含む))
	育児休業 ※育児休業給付(手当等)の受給状況に次のいずれかに○をつけてください。 (a) 受給中 (b) 受給終了
	その他 ()
② 職員が主として扶養しなければならない事情	
(扶養事実発生日及び扶養の実態、認定対象者の就労状況及び収入状況等をふまえて、具体的に詳しく記入してください。)	
例1) 私の配偶者、共済花子は、令和〇年1月31日付けで会社を退職し、無職・無収入になったことから、私の収入により生活全般を養わなければならなくなったため。	
例2) 私の長男、共済一郎について、配偶者と扶養協議した結果、私の収入により生活全般を養うことになったため。	
例3) 私の長女、共済優子について、配偶者(共済花子)も私の被扶養者となっており、この世帯の生計維持者は私のみであることから、私の収入により生活全般を養わなければならないため。	
例4) 私の実母、共済良子について、今までは実父が扶養していましたが、実父が死亡したことから私の収入により生活全般を養わなければならなくなったため。	
等	

記入例を参考に、職員の扶養を必要とする理由を詳しく記入してください。

(裏面も必ず記入してください。)

(裏面)

3 認定を受けようとする者の収入状況

事実発生日から向こう1年の年間総収入見込額とその内訳を下表に記入してください。
収入見込額が0円の見込の場合は合計額の欄に「0円」と記入してください。

年間総収入見込額 (①~⑭) の合計額		0 円
(内訳)		
勤労	①	給与収入(パート・アルバイト等を含む)
事業	②	自営業・農業・林業・漁業所得
	③	不動産所得(売却/土地・建物・駐車場の)
	④	利子・配当・投資(株式配当金等)所得
	⑤	原稿料・印税・講演料等
各種年金	⑥	[公的年金/非課税扱い] 障害基礎年金・障害厚生年金・障害共済年金・遺族基礎年金・遺族厚生年金・遺族共済年金
	⑦	[公的年金/課税される年金] 老齢基礎年金・老齢厚生年金・退職共済年金
	⑧	[企業年金/課税される年金] 厚生年金基金(調整年金)の退職金・年金 ・確定給付企業年金・確定拠出年金
	⑨	[個人年金/課税される年金] 生命保険等の保険型年金 ・銀行や信託銀行の貯蓄型年金
その他	⑩	雇用保険の失業等給付
	⑪	傷病手当・出産手当・育児休業給付等
	⑫	労災保険等の休業補償給付
	⑬	児童手当法に基づく児童手当・児童扶養手当法
	⑭	その他継続性のある収入 (具体的に) 円

【留意事項】

◎表中に記載された収入の種類をよく読んで確認してください。

◎表中に扶養の認定を受けようとする者が得ている収入があれば、それについて向こう1年間の収入見込額を記入してください。

◎それぞれの収入について金額を確認できる書類を提出してください。

例：

① …雇用契約書、給与明細書 等

②~⑤…確定申告書の写し 等

⑥~⑨…年金証書、年金振込通知書 等

⑩ …雇用保険受給資格者証の写し

⑪ …育児休業給付金支給決定通知書 等

4 別居の場合

① 別居の場合は、その状況・送金額・送金方法等

状 況	
送 金 額 (生計費・養育費等) (1) 職員からの送金 (2) 職員以外からの送金(有・無)	1) 職員からの送金 年額 <内訳> 毎月 () 円, その他
	2) 職員以外からの送金(合計) 年額 <送金者内訳> (①続柄) / 円
送金方法	

② 別居している扶養親族の同居人 ※同居人が「有」の場合は同居人

	同居人の氏名	職員からみた続柄	収入
無 <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 無・
			<input type="checkbox"/> 無・
有 <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 無・
			<input type="checkbox"/> 無・

別居であっても、職員が主として扶養していると言える事実を記入してください。

送金方法は、「〇〇名義の口座に振込」、「手渡し」等と記入してください。

〈送金要件について〉

職員からの送金によって被扶養者の生計が維持されていること。別居の被扶養者と同一世帯の全ての収入の1/2以上を、職員が送金している必要があります。

5 「府の経済に属する一般職の常勤職員」又は「地共済の組合員」である配偶者

配偶者氏名(職員番号)	()	所属	
-------------	-----	----	--

認定を受けようとする者ごとに申立書を作成してください。

任意継続組合員資格喪失申出書（兼掛金還付請求書）

【様式⑦】

地方公務員等共済組合法第144条の2第5項の規定に基づき、任意継続組合員の資格喪失について上記のとおり申し出ます。また、掛金に過納が生じたときは、還付請求します。

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																				
住所	〒 ー																			
電話番号	自宅：									携帯電話：										
メールアドレス	@																			
資格喪失の理由及び喪失年月日 該当する□にチェックし、必要事項を記入してください。																				
<input type="checkbox"/>	他の健康保険等の被保険者になったため（就職等） （資格喪失日：令和 年 月 日）										《注意事項》 資格喪失日は他の健康保険の資格取得日になります。 新たに加入された健康保険証の写しを必ず添付してください。									
<input type="checkbox"/>	任意継続組合員でなくなることを希望するため →国民健康保険への加入、家族の被扶養者になる場合等 （資格喪失日：令和 年 月 1日）										《注意事項》 資格喪失日はこの申出書が当支部に到着した日が属する月の翌月1日となります。									
<input type="checkbox"/>	死亡したため （資格喪失日：令和 年 月 日）										《注意事項》 資格喪失日は死亡日の翌日になります。 死亡の事実が確認できる書類を添付してください。									
<input type="checkbox"/>	その他（理由： 年 月 日） （資格喪失日：令和 年 月 日）										《注意事項》 理由を必ずご記入ください。									
還付金額（※）	円										※「還付金額」は記入不要です。 還付が生じる場合のみ当支部で計算します。									
還付を受けようとする理由	資格喪失後の前納掛金があったため。																			
還付金の振込先 ※資格取得申出書に記入された給付口座への振込を希望される場合は、記入不要です。																				
口座情報	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									

任意継続組合員資格喪失申出書（兼掛金還付請求書）

【様式⑦】

地方公務員等共済組合法第144条の2第5項の規定に基づき、任意継続組合員の資格喪失申出書を提出する。また、掛金に過不足が生じた場合は、還付を受ける。任意継続組合員証（健康保険証）の右上に記載されている、「5」から始まる10桁の番号です。

書類作成日を記入してください。
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 太朗										
住所	〒 540 - 0008 中央区大手前2丁江1番43号										
電話番号	自宅：06-6944-6000										
メールアドレス	oosakatara@kyosai.com										
資格喪失の理由及び喪失年月日 該当する口にチェックし、必要事項を記入してください。											
<input checked="" type="checkbox"/>	他の健康保険等の被保険者になったため（就職等） （資格喪失日：令和 〇年 〇〇月 〇〇日）	《注意事項》 資格喪失日は他の健康保険の資格取得日になります。 新たに加えられた健康保険証の写しを必ず添付してください。									
<input type="checkbox"/>	任意継続組合員でなくなることを希望するため →国民健康保険への加入、家族の被扶養者になる場合等 （資格喪失日：令和 年 月 1日）	《注意事項》 資格喪失日はこの申出書が当支部に到着した日が属する月の翌月1日となります。									
<input type="checkbox"/>	死亡したため （資格喪失日：令和 年 月 日）	《注意事項》 資格喪失日は死亡日の翌日になります。 死亡の事実が確認できる書類を添付してください。									
<input type="checkbox"/>	その他（理由： 月 日） （資格喪失日： 月 日）	《注意事項》 理由を必ずご記入ください。									
還付金額（※）	円 ※「還付金額」は記入不要です。 還付が生じる場合のみ当支部で計算します。										
還付を受けようとする理由	資格喪失後の前納掛金があったため。										
還付金の振込先 ※資格取得申出書に記入された給付口座への振込を希望される場合は、記入不要です。											
口座情報	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								