

証 明 願

令和 年 月 日

公立学校共済組合岡山支部長 殿

組合員証番号
組 合 員 住 所 〒

組 合 員 氏 名

令和 年 月 日、 退 職 したことに伴う資格喪失証明をお願い
いたします。

記

該当者氏名	生年月日	続 柄	備 考

※任意継続組合員に加入しない方で、退職後に加入する健康保険（家族の健康保険の被扶養者になる場合や国民健康保険等）に加入する場合等の手続きに「資格喪失証明書」が必要な場合は、この用紙に記入押印の上、ご提出ください。
なお、「証明願」は随時受付していますが、証明書は資格喪失日（退職日）以降に下記の組合員住所あてに送付します。

証 明 願

令和 4 年 ▲ 月 ▲ 日
↑ 記入した日

公立学校共済組合岡山支部長 殿

組合員証番号 A45678
組合員住所 〒700-0824
岡山市北区外山下2-3-4
組合員氏名 岡 山 太 郎

令和 4 年 3 月 31 日、 退 職 したことに伴う資格喪失証明をお願いします。

記

該当者氏名	生年月日	続 柄	備 考
岡 山 太 郎	S36. 12. 1	本人	
岡 山 次 郎	H10. 5. 15	二男	