

任意継続組合員資格取得申出書

退職時の 組合員	記号	番号	氏名	(フリガナ) キョウサイ タロウ
	65×	×××××		共済 太郎
※お手元の組合員証(健康保険証)あるいは資格情報のお知らせを確認してください。				
退職時の所 属連絡先	〇〇〇局 ×××部		給与支給明細書に記載されている 標準報酬月額を記入ください。	
退職(予定) 年月日	再就職の有無について、どちらかに必ず〇 (マル)を付けてください。 予定がある場合は、予定日及び再就職先で の社会保険適用の有無も記入してください。		の月額 440,000 円	
退職後の 予定	1	再就職の予定がある(再就職先での社会保険適用)	2月 1日 有 無	2 無
掛 金 納付方法	希望する番号に〇を記入してください。 再就職の予定がある等、年度途中で資格喪失する可能性がある場合は、「1」を選択してください。			
	1	毎月払い	2 半年払い(前納)	3 年払い(前納)
被扶養者 について	退職時に被扶養者として継続して扶養を希望する場合は、 年度途中で再就職予定があり、社会保険適用となる場合は、 半年払い、年払いを選択できません。			
	1	希望する	2 希望しない	
資格確認書 の要否 (組合員)	該当する番号に〇を記入してください。 1番を選択した方は、該当する理由の口欄に✓を記入してください。			
	1	要	☐ マイナンバーカード不所持 ☒ マイナ保険証利用登録無し ☐ マイナ保険証利用解除申請中 ☐ その他()	2 否
上記のとおり、任意で川崎市職員共済組合に加入する旨を記載してください。 令和 6 年 11 月 20 日 郵便番号 123 4567 住 所 川崎市() (自宅) 044 () ××××				
資格確認書の交付希望する場合は、理由を選択してください。 理由によっては、マイナ保険証利用登録の解除が必要になります。 記入した日を記載してください。郵送による申請 の場合は退職予定日の2週間前から退職日まで に共済組合に到着するようお送りください。 電話 (携帯) 090 () △△△△ 申出者氏名 共済 太郎				

(保険係200-3465・3467)

共済組合使用欄

資格喪失日	令和 年 月 日
掛金の標準となる額	円
システム入力	掛金納付済み
組合員証等回収	職場 郵送

共済組合決裁欄		
係員	保険係長	事務局次長

マイナンバー登録	有 ・ 無
マイナ保険証利用登録	有 ・ 無
資格喪失証明書の発行 ※被扶養者 要確認	有 ・ 無

※資格情報のお知らせ発行

--	--

※資格確認書発行

	不要
--	----