

課長	保健	係

任意継続組合員資格取得申出書

元所属所名		元組合員証記号番号 又は個人番号※	—			
ふりがな						
氏名		生年月日	昭・平	年	月	日
住所	〒 TEL					
組合員資格 取得年月日	昭・平・令	年	月	日	退職時標準 報酬等級 及び月額	級 千円
退職年月日	令和	年	月	日	掛金の 納入方法	1. 年度分前納 2. 6ヶ月 3. 毎月
被扶養者	氏名	続柄		生年月日		
				昭・平・令	年	月 日
				昭・平・令	年	月 日
				昭・平・令	年	月 日
備考						
<p>上記のとおり任意継続組合員の資格を取得したいので申し出ます。</p> <p>栃木県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申出者名</p>						
<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職名 所属所長 氏名</p>						

※「個人番号」の記入は、必須ではありません。

1. 地方公務員等共済組合法第144条の2に規定する期限（退職の日から起算して20日を経過する日）を経過した後にこの申出書を提出する場合には、遅延した理由を備考欄に記入してください。
2. 退職時標準報酬等級及び月額欄には、退職時点で適用されていた標準報酬等級及び月額を記入してください。