

下記のとおり確認決定する 年 月 日	課長	課長補佐	主幹	G L	担当	合議

継続長期組合員資格喪失届書

組合員氏名			生年月日	年	月	日	組合員 記号番号	—
公益的法人等の名称			所属機関の名称					
公益的法人等の所在地	〒		所属機関の所在地	〒				
	(TEL — —)			(TEL — —)				
上記職員でなくなった日 及び事由	年 月 日		転入した日	年 月 日				
継続長期組合員資格喪失後の報酬								
報酬	固定的給与	円	標準報酬月額	短期	等級	円		
	非固定的給与	円		厚年	等級	円		
	合計	円		退職等	等級	円		
<p>上記のとおり継続長期組合員の資格を喪失しましたので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">滋賀県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名</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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名</p> <p style="text-align: center;">所属機関の長</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>								

- 1 この届書には、継続長期組合員の資格を喪失したことを証明する書類(地方公共団体に復帰又は、採用する際の辞令の写し等)を添付してください。
- 2 派遣終了後被扶養者がいる場合は、別途「被扶養者申告書」に所定の書類を添付のうえ、提出してください。