茨城県市町村職員共済組合　御中

記入日２０２〇年　〇月　〇日

『共済愛情保険　退職時確認書』

退職予定日	２０２〇年　〇月　〇日
所属所名	〇〇市役所　〇〇課
被保険者番号	１２３４５６７８
申出人氏名	キョウサイ　タロウ

【担当者記入欄】

受付日：令和　年　月　日

担当者氏名：　印

※担当者自ら署名する場合は、押印は不要です

退職後における共済愛情保険の取扱いについて、下記のとおり申し出ます

①退職後の組合員資格の有無を記入してください

◆退職後も組合員資格を有する場合（フルタイム再任用、会計年度任用職員等）は☐ありを選択してください（任意継続を除く）

☐あり　　どちらかに☑をお願いします　　☑なし

【②継続希望についてご記入ください】

【退職後も組合員資格「あり」の方は以下の注意事項をご確認ください】

☐現在の加入内容で継続加入となります。②継続希望について記入は不要です

☐退職後の在籍所属が保険料の給与控除を取扱っていない場合、口座振替のお手続きが必要です
　別途、「退職後保険料振替・配当金受け入れ口座登録書」をご提出ください

②共済愛情保険の継続希望について記入してください

退職後の継続内容について、次の２項目から選択し「☑」を記入してください

☑ 継続する　　☐ 脱退する

＊１「愛情サポート」に加入している場合

※「退職後保険料振替・配当金受け入れ口座登録書」をご提出ください
※退職後は「長期療養休業補償」および「積立年金保険」の継続はできません（脱退となります）
※継続するまたは脱退する以外の内容変更は取扱いいたしません（更新手続きの際にお手続きください）
※制度内容等の詳細は、パンフレットをご参照ください

＊２「愛情サポート」に加入していない場合

個人扱保険に健康告知なしで加入することができますので、資料送付いたします

【特記事項】