

## 『共済愛情保険 退職時確認書』

退職予定日	2020年 〇月 〇日	【担当者記入欄】 受付日：令和 年 月 日 担当者氏名： ※担当者自ら署名する場合は、押印は不要です
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	

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）

## \* 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】