



局 長		次 長		課 長		課 長 補 佐		係 長		係	
--------	--	--------	--	--------	--	------------------	--	--------	--	---	--

組合員証等亡失届

組合員証記号・番号			所属所名			氏 名			
記 号		番 号							
返納できない証の 名称		資格確認書（対象者氏名 組合員証 被扶養者証（被扶養者氏名： 上記以外の証（名称			生年月日	S H R	年	月	日
※該当する証の名称を丸 囲みしてください。									

亡 失 の 理 由（具体的に記入してください。）

地方公務員共済組合法施行規程第98条にもとづき返納することになっている上記の者の証は、上記の理由により返納できませんので届けます。

高知縣市町村職員共済組合理事長 殿

令和 年 月 日

申請者（組合員） 住 所
氏 名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所属機関の長 職 名
氏 名

* 申請者及び所属機関の長の証明欄をあらかじめ印字している場合は、必ず所属所受付印を押印してください。