

証 明 願

平成 年 月 日

地方職員共済組合大分県支部長 殿

所 属 _____

氏 名 _____ 印

(組合員番号)

_____ のため、下記事項について証明願います。

記

資格喪失

被扶養者取消 (被扶養者氏名 : _____)

その他 (_____)