

証 明 願

令和 年 月 日

地方職員共済組合大分県支部長 殿

所 属 _____

氏 名 _____

※押印不要

(職員番号 _____)

_____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 (_____)