

証 明 願

令和 年 月 日

地方職員共済組合大分県支部長 殿

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

(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 (_____)