

係	照合

# 共済組合員申告書（資格取得・喪失）

申告事由	<input type="checkbox"/> 資格取得	<input type="checkbox"/> 資格喪失
------	-------------------------------	-------------------------------

記号	番号	所属所名

基礎年金番号

(一般組合員が資格取得する場合、必ず記入)

氏名	カナ [ ] (左つめで、姓と名の間は1文字あけて記入してください)
	漢字 [ ]

個人番号(マイナンバー)

(組合員が資格取得する場合、必ず記入)

会計支出科目

生年月日	性別	組合員種別	職名
元号 年 月 日	1:男 2:女 3:昭和 4:平成 5:令和		

部課署番号(右つめ)

異動事由・年月日
事由 元号 年 月 日

退職年月日
元号 年 月 日

給与	固 定 的 与	円
	非 固 定 的 与	円
	計	円

標準報酬・等級	短期	級	千円
	厚年	級	千円
	退職	級	千円

(退職の場合、退職日の翌日を記入)

◆【P1-10】共済組合員申告書コード定義表参照

資格取得月無給対象者

住民票上の住所	郵便番号	電話番号
フリガナ		

(資格取得の場合、必ず記入)

給付金口座	銀行コード	支店コード	普通預金	口座番号(右つめ)
	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 信託銀行 <input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/> 農協	支店名	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所

(資格取得の場合、必ず記入)

<input type="checkbox"/> 資格確認書発行希望
発行理由
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード未取得
<input type="checkbox"/> マイナ保険証未連携
<input type="checkbox"/> その他( )

<input type="checkbox"/> 資格喪失証明書発行希望
※既に他の医療保険制度に加入されている場合、原則証明書の発行は必要ありません。

公費名	公費コード

公費該当年月日
元号 年 月 日

注意 資格喪失の場合で、資格確認書等を有しているが添付できない場合は、「無」に○を付けてください。

証添付	資格確認書	有・無
	高齢受給者証	有・無
共済記入欄		

備考

申告者欄	上記のとおり申告します。 愛知県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 住所 申告者 氏名	所属所証明欄	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 職名 所属所長 氏名
------	--	--------	--

注意事項 「申告者欄」及び「所属所証明欄」の日付は一度記入したら訂正はできません。  
短期組合員が資格喪失の申告をしたときは、地方公務員等共済組合法施行規程第92条第3項に規定する退職の届書を兼ねます。  
網掛け部分は記入しないでください。