

市町村費負担職員等の所属所異動

ア 組合員証番号  
8 8 1 1 1 1 1

イ 職名

組合員・被扶養者申告書

(記入の仕方は《記入上の注意》を参照してください)



共済組合  
受付印

組合員に関する事項

|        |        |    |      |         |         |      |         |         |
|--------|--------|----|------|---------|---------|------|---------|---------|
| 氏名(漢字) | 氏名(カナ) | 性別 | 生年月日 | 所属異動年月日 | 所属所コード  | 共済種別 | 共済資格取得日 | 共済資格喪失日 |
|        |        |    |      |         | 7999999 | 28   |         |         |

|                                    |             |                         |                                   |                       |      |                    |   |       |                    |             |               |
|------------------------------------|-------------|-------------------------|-----------------------------------|-----------------------|------|--------------------|---|-------|--------------------|-------------|---------------|
| 1. 新規採用 2. 転入 3. 転出<br>4. 退職 5. 死亡 | 金融機関<br>確認印 | 公費負担<br>医療<br>重身<br>ひとり | 前歴関係<br>資格取得前の公務員期間の有無<br>有 → ( ) | 添付書類<br>有給中の年金証書の写を添付 | 申告区分 | 記入箇所               | 様式                                      | 申告区分  | 記入箇所               | 様式          |               |
|                                    |             |                         |                                   |                       | 1    | 組合員資格取得届書          | ア・イ・ウ・オ・カ・ク・ケ・サ・シ・フ                     | 施第13号 | 5                  | 被扶養者認定申告書   | ア・タ・チ・ト〜フ     |
|                                    |             |                         |                                   |                       | 2    | 組合員異動届書            | 転入 ア・イ・ウ・オ・ク・ケ・サ・シ・フ<br>退職等 ア・イ・ウ・キ・ク・フ | 運第1号  | 6                  | 被扶養者取消申告書   | ア・タ・チ・ト〜ネ・ハ・フ |
|                                    |             |                         |                                   |                       | 3    | 組合員証等記載事項変更申告書     | ア・フ及び次の変更箇所<br>イ・ウ・オ・カ・ク・シ・ス・タ・チ        | 運第4号  | 7                  | 被扶養者継続認定申出書 | ア・タ・チ・ト〜ハ・フ   |
|                                    |             |                         |                                   |                       | 4    | 公費負担医療費制度該当・非該当報告書 | 組合員 ア・コ・フ 被扶養者 ア・チ・テ・フ                  | 給第24号 | ※該当の区分番号を○で囲んでください |             |               |

郵便番号

現住所(漢字)

現住所(カナ)

旧氏名

改姓年月日

旧住所

被扶養者に関する事項

|            |            |    |    |      |       |    |       |    |    |     |           |            |                      |    |          |
|------------|------------|----|----|------|-------|----|-------|----|----|-----|-----------|------------|----------------------|----|----------|
| 被扶養者氏名(漢字) | 被扶養者氏名(カナ) | 性別 | 続柄 | 生年月日 | 認定年月日 | 事由 | 取消年月日 | 事由 | 重身 | ひとり | 扶養手当受給の有無 | 給与事務担当者証明印 | 被扶養者の要件を備え又は欠に至った年月日 | 職業 | 年間総収入見込額 |
|            |            |    |    |      |       |    |       |    |    |     | 有・無       | 印          | 年 月 日                |    | 円        |

配偶者を被扶養者として認定する場合は記入してください

配偶者基礎年金番号

※国民年金第3号被保険者資格取得届書

同時に送付します

上記のとおり申告します。~~(別添のとおり組合員証・被扶養者証を添付します。)~~

公立学校共済組合和歌山支部長 様 〒 641-0036 TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

平成 〇 年 〇 月 〇 日 住所 和歌山市西浜100

組合員氏名 和歌 花子 (和歌)

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 〇 年 〇 月 〇 日 所属所名 △△幼稚園

〒 640-0000 所在地 △△市××524 所属所長 △△幼稚園

TEL 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇 職氏名 園長 福利次郎 (印)

所属所コード 7 9 9 9 9 9 9

辞令(写)添付

所属所異動 (〇年〇月〇日付〇〇幼稚園から)

旧所属所→新所属所

|         |         |
|---------|---------|
| 在学中の学校名 | 学 年     |
|         | 年生      |
| 入学年月日   | 卒業予定年月日 |
| 年 月 日   | 年 月 日   |

県費・県立医科大学の組合