本増 様式 3-1

組合員資格取得届書

神戸市職員共済組合理事長 宛　　神戸市職員共済組合

所属コード		所属所名	
組合員の記号・番号	記号　番号	資格取得年月日	令和　年　月　日
個人番号		基礎年金番号	
フリガナ		生年月日	昭和 平成　年　月　日
氏　名		性別	男・女
住　所	郵便番号　－ 電話番号（　　）　－ 住民票住所（上記の住所と住民票住所が異なる場合のみ記入） 郵便番号　－		
備　考	（後期高齢者医療被保険者証をお持ちの場合に記入） 資格取得年月日： 有効期限：	年金受給の有無	有　無
資格確認書の交付希望 ※希望する場合に記入	以下の要件に該当する場合に交付します。 いずれかに☑を入れてください。 □ マイナンバーカードを取得していない，または返納した。 □ マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない。 □ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れで，継続利用の意思がない。	□ 左記の交付要件に該当するため資格確認書の交付を希望する	

上記のとおり組合員の資格を取得しましたので届け出ます。　令和　年　月　日

組合員氏名

上記の記載事項は，事実と相違ないことを確認しました。　令和　年　月　日

所属所長　補職名　氏名

《提出にあたっての注意事項》
1　「給付金振込口座届」（様式3-11）を併せて提出してください。
2　高齢者の医療の確保に関する法律第50条第２号の規定による障害の認定を受けている者である場合，「備考」欄に後期高齢者医療被保険者証の資格取得年月日及び有効期限をそれぞれ記入してください。

共済組合受付印