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	記入不要								所属所名	○○局○○課○○係												
組合員証の記号・番号	記号	1	番号	1	2	3	4	5	6	資格取得年月日	令和 3年 4月 1日											
個人番号	＊	＊	＊	＊	＊	＊	＊	＊	＊	＊	＊	＊	基礎年金番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
フリガナ	キョウサイ ハナコ									生年月日	昭和 平成 9年 3月 3日								性別	男・女		
氏 名	共 済 花 子																					
住 所	郵便番号 6 5 0 － 8 5 7 0 神戸市中央区加納町６丁目５－１																					
	電話番号（ ０７８ ） ３２２ － ５１０４																					
備 考										年金受給の有無	有 無											

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 3 年 4 月 1 日

組合員氏名 共 済 花 子

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 3 年 4 月 1 日

補職名 ○○局○○部○○課長

所属所長

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に記載されている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