組合員(被扶養者) 資格取得(喪失)証明願

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

申請者氏名		申 請 日	令和 年 月 日
申請者住所			

該当するものに☑を入れてください。

下記の者が神戸市職員共済組合の ☐ 組 合 員(本人) ☐ 組合員被扶養者(家族) の資格を ☐ 取得 ☐ 喪失 していることを証明してください。

保険者番号	32280315	組合員記号		組合員番号	
組合員氏名		生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	性別	男・女
資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日	資格喪失日	平成・令和 年 月 日		

被扶養者氏名 被扶養者生年月日	組合員との続柄	性 別	資格取得(喪失)年月日	備 考
昭和・平成・令和 年 月 日		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	
昭和・平成・令和 年 月 日		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	
昭和・平成・令和 年 月 日		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	
昭和・平成・令和 年 月 日		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	
昭和・平成・令和 年 月 日		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	
昭和・平成・令和 年 月 日		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	
昭和・平成・令和 年 月 日		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	