

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	共 済 次 郎	申 請 日	令 和 3 年 6 月 9 日
申請者住所	神戸市中央区加納町6丁目5-1		
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		<input type="checkbox"/> 組 合 員 (本人)	<input type="checkbox"/> 取得
		<input checked="" type="checkbox"/> 組合員被扶養者(家族)	<input checked="" type="checkbox"/> 喪失
の資格を 取得 していることを証明してください。			

保険者番号	3 2 2 8 0 3 1 5	組合員記号	1	組合員番号	1 2 3 4 5 6	
組合員氏名	共 済 次 郎	生 年 月 日	昭和 平成	5 5 年 1 月 1 日	性別	男・女
資格取得日	昭和 平成	令和 1 5 年 4 月 1 日	資格喪失日	平成・令和	年 月 日	
被扶養者氏名	組 合 員 と の 続 柄	性 別	資 格 取 得 (喪 失) 年 月 日	備 考		
被扶養者生年月日						
共 済 優 子	妻	男・女	昭和・平成 令和	3 年 6 月 1 日		
昭和・平成・令和 5 7 年 1 2 月 2 4 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						