

下記いずれかの方法で提出してください。

- ・手書き用様式に直接記入し原本を提出
 - ・Excelで入力したものを印刷
 - またはEmail送信
- 【提出先】 共済組合 医療給付係
 (Email : iryo-nintei@office.city.kobe.lg.jp)
 【締切】 取得日から5日以内

フルタイム等) 専用】

記入例
【取得】

取得 継続 喪失

所属コード	0000	所属所名	△△局△△課			
カナ	キョウサイ タロウ		生年月日	昭和 50 年 10 月 30 日 平成	性別	男・女
職員番号	400000	組合員記号	5	組合員番号	4 0 0 0 0 0	

※ Excel入力の場合
左クリックで丸がつきます。

※ 職員番号・組合員番号は、付番されていない場合は記入不要です。

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

任用中・任用開始	資格取得	<input checked="" type="checkbox"/> 取得	資格取得日	令和 4 年 4 月 1 日	備考	
	個人	<input checked="" type="checkbox"/>	基礎年金番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9		
任用終了	資格喪失	<input type="checkbox"/> 死亡	死亡日	令和 年 月 日	関係する	
	退職	<input type="checkbox"/>				

※ Excel入力の場合
左クリックで丸がつきます。

【組合員番号について】
 給与支給機関①～③ → 職員番号
 給与支給機関④ → 病院機構で付番した「77XXXX」の番号
 給与支給機関⑤～⑦ → 空欄で構いません。

資格取得日(13月目の1日付け)を記入してください。
 ※ 採用日ではありません。

必ず該当箇所に✓をつけてください。
 (※所属所記入欄)

⑦各所属で給与計算を行う場合は、
 ・資格取得時点(13月目)の会計支出科目コード
 ・資格取得前月時点(12月目)での協会けんぽの標準報酬月額
 も必ず記入してください。(※所属所記入欄)

申告者欄

上記のとおり申告します。 令和 4 年 4 月 1 日

〒 650 - 0034 (住所) 神戸市中央区京町72 (組合員氏名) 共済 太郎

※点線内は、異動事由が取得または所属変更の場合のみ記入ください。なお、会計支出科目コード・標準報酬月額は、異動事由が取得かつ給与支給機関が①～⑥の場合は記入不要です。

所属所確認欄	給与支給機関	<input type="checkbox"/> ①総務事務センター <input type="checkbox"/> ②水道局 <input type="checkbox"/> ③交通局 <input type="checkbox"/> ④市民病院機構 <input type="checkbox"/> ⑤こども家庭局(幼保振興課) <input type="checkbox"/> ⑥教育委員会事務局(教職員課) <input checked="" type="checkbox"/> ⑦その他(各所属) 【給与支給機関: △△局△△課】	会計支出科目コード	0 1 0 1 1 5
			標準報酬月額	240,000 円

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 4 年 4 月 1 日

所属所長 (補職名) △△局△△課長
 (氏名) ○○ ○○

連絡先 内線
 外線 078-322-5108

＜提出にあたっての注意事項＞

- この届出は、異動事由が取得の場合は地方公務員等共済組合法施行規程第93条に定める組合員資格取得届書、死亡の場合は同法第93条の3第2項に定める死亡届書、喪失の場合は同法第92条に定める退職届書の提出があったものとみなします。各異動事由の記入例に沿って記入し、必ず事実発生日から5日以内に当組合まで提出してください。ただし、異動事由が取得の場合は、資格取得予定日2日前を目安に提出してください。
- 異動事由が取得の場合、「給付金振込口座届(様式3-11)」をあわせて提出してください。また、資格取得時点(13月目)までの間の任用期間に1日ないし数日の途切れる期間(空白期間)が発生する場合は、「勤務継続に関する確認書(様式3-1-2)」*も添付してください。
 *ただし資格取得前の12カ月および資格取得時点の給与支給機関が②③⑤⑥で全て同一の場合は提出不要
 また、給与支給機関が⑦その他の場合は、「勤務継続に関する確認書(様式3-1-2)」*、資格取得月の雇用確認書類(勤務条件通知書の写しなど)および標準報酬新規・転入基礎届も提出してください。

所属の連絡先をご記入ください。

処理日 令和 年 月 日

企業コード

証回收日 令和 年 月 日

組合員番号変更

- ※ 資格取得日の2日前までを目安に提出してください。
- ※ 給付金振込口座届(様式3-11)もあわせて提出してください。
- ※ 空白期間がある場合や各所属で給与計算を行う場合は、別途添付資料が必要な場合があります。必ず注意事項をご確認ください。

下記いずれかの方法で提出してください。

- ・手書き用様式に直接記入し原本を提出
 - ・Excelで入力したものを印刷
 - またはEmail送信
- 【提出先】 共済組合 医療給付係
 (Email : iryu-nintei@office.city.kobe.lg.jp)
 【締切】 喪失日から5日以内

フルタイム等)専用]

記入例

【喪失】

所属コード	0000	所属所名	△△局△△課			
カナ	キョウサイ タロウ		生年月日	昭和 50 年 10 月 30 日 平成	性別	男・女
職員番号	400000	組合員記号	5	組合員番号	4 0 0 0 0 0	※ 職員番号・組合員番号は、付番されていない場合は記入不要です。

※ Excel入力の場合 左クリックで丸がつきます。

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

任用中・任用開始	<input type="checkbox"/> 取得	資格取得日	令和 年 月 日	備考	
任用終了	<input type="checkbox"/> 資格喪失	資格喪失日	令和 年 月 日	備考	
任用形態変更(喪失)	<input checked="" type="checkbox"/> 雇用形態変更(喪失)	変更日 *任用終了日	令和 4 年 3 月 31 日	備考	
死亡	<input checked="" type="checkbox"/> 死亡	死亡日	令和 4 年 3 月 31 日	資格取得日	令和 3 年 4 月 1 日
任期満了 普通退職	<input checked="" type="checkbox"/> 退職	退職日	令和 4 年 3 月 31 日	(<input checked="" type="checkbox"/> 資格喪失証明書の発行を希望する)	

※ Excel入力の場合 左クリックで丸がつきます。

※ 下記の例においても資格喪失日は令和4年4月1日となります。

例：R4.3.31まで会計年度フル R4.4.1から会計年度パートへ変更

新しい職員番号 ()
 ※すでに把握している場合のみ記入

資格継続に関する事項

- ・すでに組合員資格を有する会計年度任用職員フルタイムの方が引き続き雇用形態の変更なく任用される場合は、新所属からの継続の届出(所属変更)が必要です。
- ・任用終了時に雇用形態が一般職員または育児休業代替任期付職員等に変更する場合は、資格は継続しますが、前所属からの継続の届出(雇用形態変更(継続))が必要です。
- ・任用終了時に次の任用予定がない、または共済の加入要件を満たさない(雇用形態が会計年度任用職員パートタイムに変更する)場合、前所属からの喪失の届出(退職または雇用形態変更(喪失))が必要です。

あてはまる喪失事由の部分をご記入ください。

申告者欄

上記のとおり申告します。 令和 4 年 4 月 1 日

〒 650 - 0034 (住所) 神戸市中央区京町72 (組合員氏名) 共済 太郎

※点線内は、異動事由が取得または所属変更の場合のみご記入ください。なお、会計支出科目コード・標準報酬月額は、異動事由が取得かつ給与支給機関が①～⑥の場合は記入不要です。

所属所確認欄	給与支給機関	<input type="checkbox"/> ①総務事務センター <input type="checkbox"/> ②水道局 <input type="checkbox"/> ③交通局 <input type="checkbox"/> ④市民病院機構 <input type="checkbox"/> ⑤子ども家庭局(幼保振興課) <input type="checkbox"/> ⑥教育委員会事務局(教職員課) <input type="checkbox"/> ⑦その他(各所属) 【給与支給機関:]	会計支出科目コード		標準報酬月額	,000 円
	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。			令和 4 年 4 月 1 日		
	所属所長 (補職名) △△局△△課長	所属の連絡先をご記入ください。		連絡先	内線	
	(氏名) ○○ ○○			外線	078-322-5108	

＜提出にあたっての注意事項＞

- この届出は、異動事由が取得の場合は地方公務員等共済組合法施行規程第93条に定める組合員資格取得届書、死亡の場合は同法第93条の3第2項に定める死亡届書、喪失の場合は同法第92条に定める退職届書の提出があったものとみなします。各異動事由の記入例に沿って記入し、必ず事実発生日から5日以内に当組合まで提出してください。ただし、異動事由が取得の場合は、資格取得予定日2日前を目安に提出してください。

※ 事前に【喪失】の届出を提出する場合、保険証の返却は後日で構いません。

共済組合記入欄	処理日	令和 年 月 日
組合員番号変更		

- また、給与支給機関が⑦その他の場合は、「勤務継続に関する確認書(様式3-1-2)」、資格取得月の雇用確認書類(勤務条件通知書の写しなど)および標準報酬新規・転入基礎届も提出してください。
- 異動事由が所属変更の場合、新しい任用先での雇用確認書類(勤務条件通知書写しなど)および任用証明書の写し(※原本は任用終了まで所属で保管)を添付してください。また、前の任用終了日と次の任用開始日のあいだに1日ないし数日の途切れる期間(空白期間)が発生する場合は、必ず「勤務継続に関する確認書(様式3-1-2)」も提出してください。
- 異動事由が雇用形態変更(継続)の場合、任用証明書の原本すべてを添付してください。また、記号・番号が変更になるため、組合員証・被扶養者証をあわせて返却してください。なお、引き続き家族を扶養に入れる場合は、別途被扶養者申告書[増](様式3-2)等の提出が必要です。
- 異動事由が雇用形態変更(喪失)、死亡または退職の場合、前所属から引き継いだ任用証明書の原本すべてを添付してください。また、組合員証・被扶養者証をあわせて返却してください。

下記いずれかの方法で提出してください。

- ・手書き用様式に直接記入し原本を提出
 - ・Excelで入力したものを印刷
 - またはEmail送信
- 【提出先】 共済組合 医療給付係
 (Email : iryo-nintei@office.city.kobe.lg.jp)
 【締切】 異動日から5日以内

フルタイム等) 専用]

記入例
【継続】

所属コード	0000	所属所名	△△局△△課			
カナ	キョウサイ タロウ		生年月日	昭和 50 年 10 月 30 日	性別	男・女
氏名	共済 太郎		平成			
職員番号	400000	組合員記号	5	組合員番号	4 0 0 0 0 0	

※ Excel入力の場合 左クリックで丸がつきます。

※ 職員番号・組合員番号は、付番されていない場合は記入不要です。

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

任用中・任用資格取得	<input type="checkbox"/> 取得	資格	令和 4 年 4 月 1 日
任用終了	<input type="checkbox"/> 死亡	死亡日	令和 年 月 日
任用終了	<input type="checkbox"/> 退職	退職日	令和 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 資格喪失証明書の発行を希望する)

※ Excel入力の場合 左クリックで丸がつきます。

あてはまる継続事由の部分を
ご記入ください。

資格継続に関する事項

- ・すでに組合員資格を有する会計年度任用職員フルタイムの方が引き続き雇用形態の変更なく任用される場合は、新所属からの継続の届出(所属変更)が必要です。
- ・任用終了時に雇用形態が一般職員または育児代替任期付職員等に変更する場合は、資格は継続しますが、前所属からの継続の届出(雇用形態変更(継続))が必要です。
- ・任用終了時に次の任用予定がない、または共済の加入要件を満たさない(雇用形態が会計年度任用職員パートタイムに変更する)場合、前所属からの喪失の届出(退職または雇用形態変更(喪失))が必要です。

申告者欄

上記のとおり申告します。
 〒 650 - 0034
 (住所) 神戸市中央区京町72

令和 4 年 4 月 1 日
 共済 太郎

点線内も必ずご記入ください。(※ 所属所記入欄)

※点線内は、異動事由が取得または所属変更の場合のみご記入ください。なお、会計支出科目コード・標準報酬月額は、異動事由が取得かつ給与支給機関が①～⑥の場合は記入不要です。

給与支給機関	<input checked="" type="checkbox"/> ①総務事務センター <input type="checkbox"/> ②水道局 <input type="checkbox"/> ③交通局 <input type="checkbox"/> ④市民病院機構 <input type="checkbox"/> ⑤こども家庭局(幼保振興課) <input type="checkbox"/> ⑥教育委員会事務局(教職員課) <input type="checkbox"/> ⑦その他(各所属) 【給与支給機関:	会計支出科目コード	0 1 0 1 1 5
		標準報酬月額	240,000 円

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
 (補職名) △△局△△課長
 所属所長 (氏名) ○○ ○○

所属の連絡先をご記入ください。

連絡先 内線
 外線 078-322-5108

※ 所属変更の場合、新しい所属での雇用確認書類(勤務条件通知書など)および前の所属から引き継いだ任用証明書の写しを必ず添付してください。空白期間がある場合は別途勤務継続に関する確認書(様式3-1-2)が必要です。

※ 雇用形態変更(継続)の場合、再び神戸市職員共済組合へ加入する場合(育児代替・正規職員など)でも、記号・番号が変更となるため、いったん【継続】の届出および保険証の返却が必要です。

組合員番号変更

組合員番号	□ - □ □ □ □ □ □ □ □
-------	---------------------

- 異動事由が所属変更の場合、新しい任用先での雇用確認書類(勤務条件通知書写しなど)および任用証明書の写し(※原本は任用終了まで所属で保管)を添付してください。また、前の任用終了日と次の任用開始日のあいだに1日ないし数日の途切れる期間(空白期間)が発生する場合は、必ず「勤務継続に関する確認書(様式3-1-2)」も提出してください。
- 異動事由が雇用形態変更(継続)の場合、任用証明書の原本すべてを添付してください。また、記号・番号が変更になるため、組合員証・被扶養者証をあわせて返却してください。なお、引き続き家族を扶養に入れる場合は、別途被扶養者申告書[増](様式3-3)等の届出が必要です。
- 異動事由が雇用形態変更(喪失)、死亡または退職の場合、前所属から引き継いだ任用証明書の原本すべてを添付してください。また、組合員証・被扶養者証をあわせて返却してください。