

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 | | | 性別 | 男・女 | | | | |
| 氏 名 | | | | | | | | | | | 平成 | | | | | 年 | 月 | 日 | |
| 住 所 | 郵便番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 (<input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを取得していない、または返納した。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 補職名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所属所長 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- 《提出にあたっての注意事項》
- 「給付金振込口座届」（様式3-11）を併せて提出してください。
 - 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

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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 所属所名 | 〇〇局〇〇課 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 組合員の 記号・番号 | 記号 | 1 | 番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 資格取得年月日 | 令和 | 6 | 年 | 12 | 月 | 2 | 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | 基礎年金番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 | | | | | | | |
| フリガナ | キョウサイ ハナコ | | | | | | | | | | 昭和 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | 共 済 花 子 | | | | | | | | | | 平成 | 9 | 年 | 3 | 月 | 3 | 日 | 性別 | 男 | 女 | | | | | | | | | | |
| 住 所 | 郵便番号 | 6 | 5 | 0 | — | 8 | 5 | 7 | (保険事務担当の方へ) ※所属で個人番号に相違ないか確認後、個人番号確認書類は組合員に返却してください。 共済組合への提出時に、個人番号確認書類の添付は不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 神戸市中央区加納町6丁目5— | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 — 〇〇〇〇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | 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交付した場合に記入) 資格取得年月日： 有効期限： | | | | | | | | | | 要件に該当する場合に資格確認書を交付します。 ※該当する要件及び「交付を希望します」にシ点を記入してください。 | | | | | | | | | | 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。 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを取得していない、または返納した。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 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 | 6 | 年 | 12 | 月 | 2 | 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 | 6 | 年 | 12 | 月 | 2 | 日 |
| 補職名 〇〇局〇〇課長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所属所長 氏名 〇 〇 〇 〇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- 《提出にあたっての注意事項》
- 「給付金振込口座届」(様式3-11)を併せて提出してください。
 - 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