

課長	主幹・副主幹	係員	主任

短期組合員申告書

注意:消えるボールペンで記入しないでください。

組合員に 関係する 事項	所属所名	組合員等記号・番号 記号 番号	組合員 種別	企業 コード	職種
	大和市	11	41		
組合員氏名 (上段フリガナ)					
キョウサイ			タロウ		
姓 共済			名 太郎		
生年月日		性別	異動年月日		基礎年金番号 (10桁)
年号	年 月 日		年 月 日		
3 昭和	8 1 1	男			※個人番号 (マイナンバー12桁)
4 平成		女			
郵便番号		市区町村名 (上段フリガナ)		町名・番地・マンション名および部屋番号等 (上段フリガナ)	
〇〇〇 - 〇〇〇〇		〇〇市		〇〇町1-2-3-205号室	
受給 口座等	銀行コード	支店コード	口座番号	預金 種目	銀行名
〇×〇×〇×〇	1 2 3 4 5 6 7	1			〇〇
支店名			〇〇		

申告区分 (○でかこむ)	申告事項 (○でかこむ)
ア 短期組合員資格取得届	新採用 21資格取得
イ 短期組合員資格喪失届	退職 12普通 14任期満了 15死亡
ウ 被扶養者申告書	認定 ① 組合員資格取得 12出生 13婚姻 14無職無収入 15所得減少 16雇用保険満了 17同居 19その他
エ 組合員訂正申告書	
オ 再交付申請書	
カ 公費負担受給報告書	

マイナ保険証の利用登録が完了していない方は、漏れなく「要」に○をしてください (※マイナ保険証の保有者は資格確認書の交付対象外となる)

申告する者の のみを記入 してください	被扶養者氏名 (上段フリガナ)		性別	生年月日	続柄	異動事由	異動年月日	同居別居	※資格確認書発行	公費
	キョウサイ ハナコ		男	3 昭和	長女				同	要
	姓 共済 名 花子		女	4 平成	7 1 1		5		別	否
			女	5 令						無
				※個人番号 (マイナンバー12桁)			7 7 8 8 9 9 0 0 1 1 2 2			無
被扶養者認定したいご家族がいる場合、ご記入ください。		男	3 昭和						要	有
		女	4 平成						無	無
		女	5 令						無	無
			※個人番号 (マイナンバー12桁)						無	無
		男	3 昭和						同	要
		女	4 平成				5		別	否
		女	5 令						無	無
			※個人番号 (マイナンバー12桁)						無	無

共済・保険証の他に、ひとり親医療証、心身障害者医療証等がある場合「有」に○
医療証写しを添付してください。

※個人番号 (マイナンバー) については、記載誤りの無いよう十分ご確認のうえ正しく記入してください。
※月額108,334円 (19歳~23歳未満の者 (配偶者除く) は125,000円、60歳以上の者については150,000円) 以上の収入がある場合は認定できません。

(申告理由・事実発生年月日記入欄)

例) 令和7年4月1日 新採用

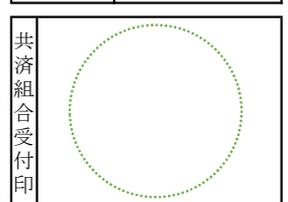
※喪失時に資格確認書をお持ちの方は必ず返納してください (被扶養者の取消時も含む)

異動前所属所
組合員等記号・番号

3号届出	有	無
------	---	---

(別居の被扶養者の住所)

〒 _____



資格確認書交付日
資格確認書等回収日
入力日

上記のとおり申告します。

神奈川県市町村職員共済組合理事長 様

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申告者氏名 **共済 太郎**

記載事項は事実と相違ないものと認めます。

神奈川県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

所属所長名 **大和市長 古谷田 力**