

課長	主幹・副主幹	係員	主任

共済組合員申告書

組合員氏名 (上段カタカナ)

所属所名	組合員証 記号	組合員証 番号	組合員 種別	職名	キョウサイ	タクウ
〇〇市	60	12310	〇〇	姓	共	名 清 太郎

性別	生年月日	基礎年金番号(資格取得時記入)	異動事由	異動年月日	公費	※公費コード	※公費年月日
1男	3昭		124	〇×〇×〇×	有無		4
2女	4平						

企業コード	部	課	署	番号	基本給	料	額
					表	級	号級
							給料月額
							調整率
							調整額

住所	郵便番号	郡市区町村名	町名・番地

給付金等	受取口座	※銀行コード	支店コード	口座番号	預金種目	銀行名	銀行・信用金庫 農協・信用組合 労働金庫	支店名	本・支店 支所 出張所

資格喪失

申告区分(○でかこむ)	申告事項(○でかこむ)
ア 組合員資格取得届	新採用 (21 新規取得 22 内部転入 23 他共済から転入 24 再取得)
<input checked="" type="radio"/> イ 組合員資格喪失届	退職 (11 定年 12 普通 13 勸奨 14 任期満了 15 死亡 16 内部転出 17 他共済へ転出)
ウ 被扶養者申告書	14 無職無収入 19 その他 34 就職 39 その他
エ 組合員証等訂正申告書	組合員の氏名・生年月日・住所・給付金受取口座の変更・その他
オ 任意継続組合員申告書	被扶養者の氏名・基礎年金番号の申告訂正・生年月日・続柄・住所・その他
カ 再交付申請書	取得・喪失
キ 公費負担受給報告書	組合員証・被扶養者証・高齢受給者証・特定疾病療養受療証
	公費負担該当・取消

該当事項に○印をしてください。

被扶養者に関する事項	被扶養者氏名(上段カタカナ)	性別	生年月日	続柄	異動事由	※異動年月日	同居別居	扶養手当 支給開始年・月	給与事務 担当者印	基礎年金番号 (認定時記入)	公費	※公費コード	※公費年月日
	姓	1男	1 明大昭平			4	同別	有・無	ⓐ	-	有	4	
	姓	2女	2 昭平				同別	.	ⓐ	-	無		
	姓	1男	1 明大昭平			4	同別	有・無	ⓐ	-	有	4	
	姓	2女	2 昭平			4	同別	.	ⓐ	-	無		

任意継続組合員に関する事項	自宅電話番号	※要件
	-	非 該 0 1
	掛金の納付方法(○でかこむ)	
1. 納付書	ア. 毎月納付	
	イ. 6ヶ月前納	
2. 口座振替	ウ. 12ヶ月前納	

(申告理由・事実発生前年月日記入欄)			
平成〇×年〇月×日 普通退職			
(別居の被扶養者の住所)			
〒			
※ 証交付	※ 証回収	※ 3号届出	※ 入力
		有 無	

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
 平成〇×年〇月×日
 申告者氏名 **共 清 太郎** ⓐ

記載事項は事実と相違ないものと認めます。
 平成〇×年〇月×日

職名 **〇〇市長**
 所属所長 氏名 **神奈川 二郎** ⓑ