

共済 使用欄	課長	課長補佐	主幹	G L	担当	合議
	下記のとおり確認決定する			年 月 日		

組合員 資格取得届書

組合員 記号番号	所属所記号	番号	所属機関名		
組合員氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日	
個人番号			性別	1.男 2.女	
基礎年金番号	-		職名		
住所	〒	-	被扶養者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	フリガナ				
短期給付金 振込口座	金融機関名	本・支店名	支店(所) 出張所 代理店	普通 口座番号(右詰)	
	金融機関コード	店舗コード			
福祉医療	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 該当の場合、「福祉医療助成制度該当報告書」を添付のこと				
取得(該当) 事由	21:資格取得 39:短期→長期該当		組合員種別	<input type="checkbox"/> 翌月徴収者	
取得(該当) 年月日	年 月 日		職種	<input type="checkbox"/> 会計年度任用	
部課署番号 (設定有のみ)			会計支出科目 (設定有のみ)		
報酬月額	給与		標準報酬 月額	等級	月額(千円)
	固定的			短期	
	非固定的			厚年	
	合計			退職等	
上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明します。					
年 月 日			共済組合受付印		
職名					
所属機関の長					
氏名					