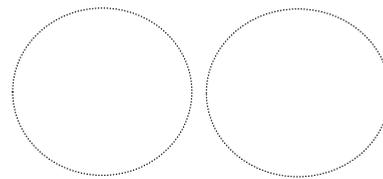


年 月 日	事務局長	課 長	課長補佐	係 長	係

所属所受付印 共済組合受付印



組合員資格取得届書

新規取得 所属所間異動 他共済からの転入

※加入歴 無 有 ()

(フリガナ)	キョウサイ タロウ		[記号]	[番号]	
組 合 員 氏 名・性 別	共済 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	組 合 員 証 号	000 123456	
生 年 月 日	昭和 ▲▲年 ○○月 ▼▼日 平成 (歳)	所 属 機 関 称	〇〇市		
資格取得年月日	令和 ○○年 ▼▼月 ▲▲日	個 人 番 号	123456789012		
職 名	※職種コード	※種別コード	基 礎 年 金 番 号	1234 - 567890	
住 所	〒 個人番号を必ず記入してください。				
資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/>	資格確認書の発行は以下に該当する場合に限ります。 マイナンバーカードを取得していない者、 マイナンバーカードを保有しているが健康保険			
資格取得前に 所属していた 共済組合名	<input checked="" type="checkbox"/> 国家公務員共済組合 (省) <input type="checkbox"/> 公立学校共済組合 (県) <input type="checkbox"/> 他の市町村職員共済組合 (県)	過去に公務員として働かれたことがある方はチェックしてください。			
資格取得 していた恩給法、退職年金条例、共済法、国の旧法、国の新法又は新法の規定による年金である給付	年金額 円				
金融機関名	支店	(右詰め)			
岡山 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信金	共済 <input type="checkbox"/> 本店(所) <input checked="" type="checkbox"/> 支店(所)	座 番 号	1 2 3 4 5 6 7		
※コード()	※コード()				
上記のとおり届出します。 岡山県市町村職員共済組合理事長 様 令和 ○○年 ○○月 ○○日 組合員氏名 共済 太郎					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日					
この欄は所属所担当課で記入します 氏名					

(2024.12改訂)

【注意事項】

- 常時勤務に服することを要しない者の場合には、『会計年度任用職員の証明書』を添付してください。
- 「備考」欄には、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については、被保険者証に記載された資格取得年月日及び有効期間を、それぞれ記入してください。
- 該当する口にはレ印を記入してください。また、※欄は記入しないでください。

※	被扶養者	有	無
	組合員原票	済	未