

資格情報のお知らせ・資格確認書
高齢受給者証・継続療養証明書
特定疾病療養受療証

記載事項変更申告書

所属コード				組合員番号				組合員氏名				生 年 月 日			
												昭和 平成 年 月 日			
該 当 者		続柄 コード	氏 名				生 年 月 日								
							年 号	年	月	日					
	本 人			昭和・平成 ・令和											
				昭和・平成 ・令和											
	被扶養者			昭和・平成 ・令和											
				昭和・平成 ・令和											
				昭和・平成 ・令和											
申告書の提出理由															
変 更 事 項	旧														
	新	〒 ー													
Q. 「資格確認書」の交付が必要ですか。 ※交付が必要な場合は、次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の返納者 ・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者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者												☐ はい ☐ いいえ			
上記のとおり申告します。 公立学校共済組合秋田支部長 様 令和 年 月 日 フリガナ 組合員氏名															
この申告は事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 〒 ー (電話番号) ー ー 所属所所在地 所属所名 所属所長職氏名															
職 印															

姓名変更の場合はフリガナも記入してください。