

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

様式7

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	本人	続柄 コード	氏名			生年月日					
						年号	年	月	日		
	被扶養者						昭和・平成 ・令和				
							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です。 ・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							<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。