

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 **記載事項変更申告書**
 特定疾病療養受療証

所属コード		組合員番号	組合員氏名	生年月日				
		〇〇〇〇〇	共 済 太 郎	昭和 平成	〇〇	〇〇	〇〇	
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		共 済 太 郎	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		令和〇〇年〇〇月〇〇日 結婚による住所変更及び改姓のため						
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				<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
変 更 事 項	旧	住所 〇〇市△△町△番△号 氏名 福 利 太 郎						
	新	住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇番〇号 〇〇〇アパート〇〇号室 氏名 共 済 太 郎						
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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 フ リ ガ ナ キョウサイ タロウ 組 合 員 氏 名 共 済 太 郎								
この申告は事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 〒 (電話番号) - - 所属所所在地 所属所名 所属所長職氏名								
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">職 印</div>								

姓名変更の場合はフリガナも記入してください。