

住所を変更した場合

任意継続組合員・被扶養者申告書

申告事項・・・記号及び()内の該当事項を○で囲んでください。

- ア 任意継続組合員資格喪失申出
(就職<健康保険加入>・国民健康保険へ移行・死亡・())
- イ 被扶養者(認定・取消)申告
- ウ 記載事項変更申告 (任意継続組合員・被扶養者)
- エ 公費負担医療受給届(組合員・被扶養者)

組合員番号を記入

※整理コード	任意継続組合員番号					
	2	2	0	0	0	0
フリガナ	任意継続組合員氏名			性別	生年月日	給付金等振込口座
(姓)	(名)			年号	年	月
郵便番号				住所		公費
3 7 0 - 〇 〇 〇 〇				高崎市▽▽町6-8-2		

*新たに申告する項目、変更・訂正をする項目について記入してください。

変更のない項目は記入しないでください

新しい住所を記入してください

※資格喪失				*性別・年号は該当する方を○で囲んでください			
年号	年	月	日	*年月日は2桁で記入してください 例)7月...07, 6日...06			
令				*住所について、群馬県内は市・郡名から、県外は都道府県名から記入してください			
				*続柄は「長男」「二女」のように記入してください			

フリガナ	被扶養者氏名			性別	生年月日	続柄	職業年	同居
(姓)	(名)			年号	年	月	日	円
住所(組合員と住民登録が異なる場合のみ記入)				※認定・取消		※30日経過	※削除	※取消区分
コード	開始・終了	年	月	日	年	年	月	日
平					令			

添付書類は必要ありません

申告の理由、その事実発生年月日、添付した書類及び変更・訂正前の内容等を、具体的に記入してください。

令和〇年〇月〇日 住所変更
旧住所: 前橋市××町 1-10

資格確認書の交付が必要
(マイナ保険証を保有していない)

新しい住所で記入してください

☑ 上記のとおり申告します。
☐ 地方公務員等共済組合法第144条の2第5項第5号...
公立学校共済組合群馬支部長 様
令和 〇年 〇月 〇日
郵便番号 370-0000
申告者住所 高崎市▽▽町6-8-2
氏名 赤城 太郎
自宅(または携帯)電話番号 027-2◇◇-××××

※共済組合受付日

(注) ※の欄は記入しないでください。

※共済組合処理日
月 日