

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	0

*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。

フリガナ	性別	生年月日	給付金等振込口座
任意継続組合員氏名			1 群馬銀行 労働金庫 支店
(姓)	(名)		コード 支店コード 口座番号

変更のない項目は記入しないでください

郵便番号	住所	公費
3 7 0 - 〇 〇 〇 〇	高崎市▽▽町6-8-2	

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	性別	生年月日	続柄	職業年収	同居別居
被扶養者氏名					
(姓)	(名)				

公費	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	年号	年	月	日
		令			

フリガナ	性別	生年月日	続柄	職業年収	同居別居
被扶養者氏名					
(姓)	(名)				

公費	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	年号	年	月	日
		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

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 ので申し出ます。

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
(任意継続組合員)

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