

# 熊本県費、熊本市費、熊本県立大学 退職者報告

こちらは、一般組合員及び短期組合員の退職者報告用です。  
所属所にて取りまとめの上、報告をお願いします。  
追加分の対象者の連絡は、追加対象のみの入力で対応をお願いします。

組合員番号は、マイナポータルにおける医療保険の資格情報画面（以下見本を参照）、  
資格確認書等に記載されている番号（7桁、又は8桁）を入力してください。

下記、メールアドレスに回答内容が返信されますので、御希望のメールアドレスを  
入力してください。（入力必須）

メールアドレス \*

kouritu-tarou@city.kumamoto.lg.jp

メールアドレスを入力してください。  
所属所・個人等、特に指定はありません。

※回答した内容はこちらのメールアドレス宛に送信されます。  
入力誤りがあった場合、メールを受信できませんので御注意ください。

(見本) 退職者の組合員番号について（数字のみ、又は英数字混在）

## 医療保険の資格情報

この画面のみでは登録できません。マイナポータルにおける医療保険の資格情報を確認してください。

登録者名	山口県立総合医療センター
組合員番号	34430017
姓	山口
名	立総
性別	1234567
年齢	00
氏名	山口 太郎
本人・家族の名	本人

こちらは、マイナポータルにおける  
「医療保険の資格情報」画面です。  
退職者の組合員番号は、ここに記載  
されている7桁または8桁を入力して  
ください。

所属所名称（市町村立は〇〇市（町村）立から入力願います。）\*

熊本市立〇〇小学校

所属所 電話番号（入力例：000-000-0000）\*

096-000-0000

所属所 担当者名\*

公立 太郎

退職者の報告\*



1人目の退職者の報告へ移動

次へ

指定の内容について入力後、「次へ」をクリックしてください。

# 熊本県費、熊本市費、熊本県立大学 退職者報告

## 1人目の退職者

退職者 組合員番号（半角）\*

6000000

退職者 氏名\*

公立 花子

- \*他の退職者がいる
- 退職者の報告者は以上

戻る

次へ

指定の内容について入力後、他の退職者の有無に応じて左記のどちらかを選択し、「次へ」をクリックしてください。

# 熊本県費、熊本市費、熊本県立大学 退職者報告

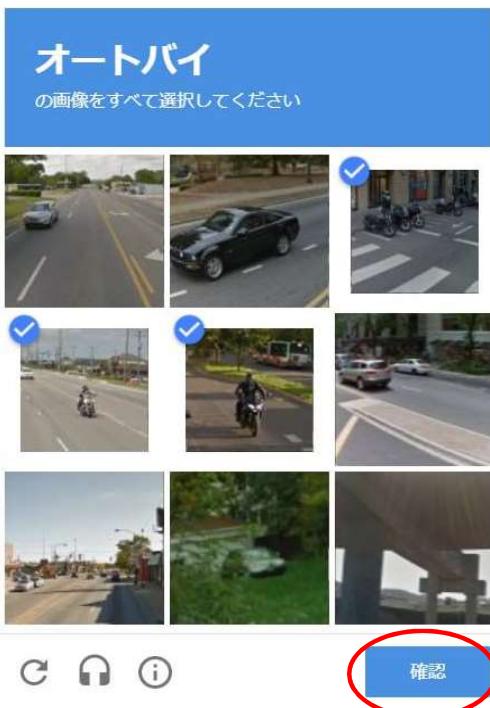
[送信] をクリックして終了します

回答のコピーが指定したアドレスに送信されます。

戻る

送信

退職者の入力完了後、「送信」をクリックしてください。  
クリック後、ランダムで以下のような表示がされる場合があります。  
Google フォームの仕様となっておりますので、指示に従ってください。  
以下の対応を行わなかった場合、送信が完了しませんので御注意ください。



指示に従い、画像を選択後、「確認」をクリックしてください。  
左記の内容は一例となりますので、その他の画像や指示が行われる場合があります。

## 熊本県費、熊本市費、熊本県立大学 退職者報告

報告を承りました。

退職関係書類は、以下のとおり発送します。

- ・報告期限内（一次締切～四次締切）  
各締切日以降、1週間以内を目途に発送します。
- ・報告期限後  
報告を受け次第、隨時発送します。

※送付先は所属所の住所、宛名は退職者氏名にて親展で郵送します。

[別の回答を送信](#)

この表示が出ていない場合は、報告が完了していません。  
再度報告いただきますようお願いします。



Google フォーム <forms-receipts-noreply@google.com>

# Google Forms

## 熊本県費、熊本市費、熊本県

こちらは、一般組合員及び短期組合員の退職者報告用です。

所属所にて取りまとめの上、報告をお願いします。

追加分の対象者の連絡は、追加対象のみの入力で対応をお願いします。

組合員番号は、マイナポータルにおける医療保険の資格情報画面(以下見本を参照)、  
資格確認書等に記載されている番号(7桁、又は8桁)を入力してください。

下記、メールアドレスに回答内容が返信されますので、御希望のメールアドレスを  
入力してください。(入力必須)

報告時に入力したメールアドレス宛にこちらのメールアドレスから回答した内容が送信されます。

届かない場合は迷惑メールフォルダ等を御確認ください。

確認した上でメールが届かない場合は、入力したメールアドレスに誤りがあった、迷惑メール対策によりブロックされたこと等が想定されます。

その場合は、受信許可設定を行い、再度報告いただくか、締切期限後1週間程度お待ちいただき、書類が送付されない場合は共済組合まで御連絡ください。

所属所名称(市町村立は〇〇市(町村)立から入力願います。) \*

熊本市立〇〇小学校

所属所 電話番号(入力例:000-000-0000) \*

096-000-0000

所属所 担当者名 \*

公立 太郎