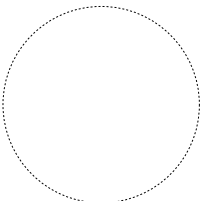


所属所受付印

組合員 資格取得届書
船員組合員
(兼口座登録申出書)

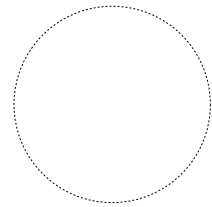
所属機関名				フリガナ	
所属所コード番号	第 号	職 名		氏 名	
				職員番号	第 号
現 住 所	〒		生年月日及び性別	昭和 年 月 日 男 平成 年 月 日 女	
資格取得前に所属していた組合名			資格取得年月日	平成 年 月 日	
			基礎年金番号		
短期給付金受取口座	宮 崎 銀 行	コード	0 1 8 4	種 別	口座番号（右詰め）
	支 店	コード		普 通	
	フ リ ガ ナ				
	口 座 名 義				
組 合 員 上記のとおり 船員組合員 の資格を取得しましたので届け出ます。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 氏 名 印					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 所属所名 所属所長 職 氏 名 印 (電話番号)					



所属所受付印

組 合 員 転 入 届 書

所属機関名		氏 名	
所属所 コード番号	第 号	職員番号	第 号
生年月日	昭和 平成 年 月 日	基礎年金番号	
も 関 と す の 組 合 事 に 項	所 属 組 合 及 び 支 部 名	共 済 組 合 支 部	
	組 合 員 資 格 取 得 （ 就 職 ） の 年 月 日	昭 ・ 平 年 月 日	
	組 合 員 資 格 喪 失 （ 転 出 ） の 年 月 日	平 成 年 月 日	
当組合に 関する事項	組 合 員 資 格 取 得 （ 転 入 ） の 年 月 日	平 成 年 月 日	
上記のとおり組合に転入しましたので届け出ます。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 職 名 届出者名 氏 名 印			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 所属所名 所属所長 職 氏 名 印 (電話番号)			



所属所受付印

組 合 員 転 出 届 書

組 合 員 氏 名			
職 員 番 号		第 号	
生 年 月 日		昭・平 年 月 日	
も 関 と す の 組 合 事 に 項	組 合 員 資 格 取 得 (就 職) の 年 月 日		昭・平 年 月 日
	組 合 員 資 格 喪 失 (転 出) の 年 月 日		平 成 年 月 日
	所 属 機 関 名		
新 関 た す な る 組 合 事 に 項	所 属 組 合 及 び 支 部 名		共 済 組 合 支 部
	組 合 員 資 格 取 得 (転 入) の 年 月 日		平 成 年 月 日
	所 属 機 関	名 称	
		所 在 地	
上記のとおり組合に転出しましたので届け出ます。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 職 名 届出者名 氏 名 ㊟			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 所属所名 所属所長 職 氏 名 ㊟ (電話番号)			

※ 元の所属所で証明してください。

年金加入期間等報告書

所属機関名				氏 名				
所属所 コード番号		第 号		職員番号		第 号		
生年月日		昭和 平成 年 月 日		基礎年金番号				
年金加入期間	年金制度		資格取得年月日		退職年月日		勤務先等	
	ア 国民年金 イ 厚生年金 (一般) ウ 厚生年金 (国家公務員共済) エ 厚生年金 (地方公務員共済) オ 厚生年金 (私学共済) カ その他		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日			
	ア 国民年金 イ 厚生年金 (一般) ウ 厚生年金 (国家公務員共済) エ 厚生年金 (地方公務員共済) オ 厚生年金 (私学共済) カ その他		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日			
	ア 国民年金 イ 厚生年金 (一般) ウ 厚生年金 (国家公務員共済) エ 厚生年金 (地方公務員共済) オ 厚生年金 (私学共済) カ その他		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日			
	ア 国民年金 イ 厚生年金 (一般) ウ 厚生年金 (国家公務員共済) エ 厚生年金 (地方公務員共済) オ 厚生年金 (私学共済) カ その他		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日			
	ア 国民年金 イ 厚生年金 (一般) ウ 厚生年金 (国家公務員共済) エ 厚生年金 (地方公務員共済) オ 厚生年金 (私学共済) カ その他		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日			
	ア 国民年金 イ 厚生年金 (一般) ウ 厚生年金 (国家公務員共済) エ 厚生年金 (地方公務員共済) オ 厚生年金 (私学共済) カ その他		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日			
	ア 国民年金 イ 厚生年金 (一般) ウ 厚生年金 (国家公務員共済) エ 厚生年金 (地方公務員共済) オ 厚生年金 (私学共済) カ その他		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日			
	離婚時みなし被保険者期間		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日			
	被扶養配偶者みなし被保険者期間		平成 年 月 日		平成 年 月 日			
年金未加入期間等		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日				
		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日				
私の年金加入期間等は上記のとおりでありますから、報告します。								
公立学校共済組合 宮 崎 支部長 殿								
平成 年 月 日								
〒								
住 所								
組合員 氏 名								
㊞								

様式コード			
4	3	0	0

国民年金 第3号被保険者関係届



提出者情報	届出記入の個人番号（基礎年金番号）に誤りがないことを確認しました。 〒 ー	日本年金機構
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名 電話番号 ()	
事業主等 受付年月日	平成 年 月 日	

社会保険労務士記載欄
氏名等

A. 配偶者欄 (第2号被保険者)	① 氏名	(フリガナ)	② 生年月日	5. 昭和 年 月 日	③ 性別	1.男性 2.女性
			7. 平成			
	④ 基礎年金番号 (個人番号)					
	⑤ 住所	個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。(フリガナ) 〒 ー 都道府県				

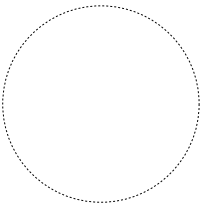
届出内容に応じて、該当・非該当（変更）のいずれかを○で囲み、記入してください。

B. 第3号被保険者欄	① 氏名	この届書記載のとおり届出します。 平成 年 月 日		② 生年月日	5. 昭和 年 月 日	③ 性別	1.夫 3.夫(未届) 2.妻 4.妻(未届)
		日本年金機構理事長あて (フリガナ) (氏 名)		④ 基礎年金番号 (個人番号)			
		※届書の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します□		⑤ 外国籍	⑥ 外国人 通称名		
	⑦ 住所	同居 別居	〒 ー	⑧ 電話番号	1.自宅 2.携帯 3.勤務先 4.その他 ()		
		※同居の場合も住民票の住所を記入してください。					
	⑨ 第3号被保険者 になった日	7. 平成 年 月 日	⑩ 理由	1. 配偶者の就職 4. 収入減少 2. 婚姻 5. その他 3. 離職 ()	⑭ 備考		
⑪ 配偶者の 加入制度	31. 厚生年金保険・健康保険 36. 地方公務員等共済組合 30. 厚生年金保険・船員保険 32. 国家公務員共済組合 37. 日本私立学校振興・共済事業団						
⑫ 第3号被保険者 でなくなった日	7. 平成 年 月 日	⑬ 理由	1. 死亡(平成 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他()				

健康保険証の発行元に確認を受けてください。 ※届書記載の配偶者が協会けんぽ加入者の場合は、確認不要です。

医療保険者記入欄	組合(保険者)番号	
	上記のとおり第3号被保険者関係届の届出がありましたので提出します。	
	届出記載の第3号被保険者は、健康保険組合又は共済組合に加入している者の被扶養者であることを確認する。 認定年月日 平成 年 月 日 (「⑨第3号被保険者になった日」と同じ場合は、記載の必要はありません)	
	所在地	〒 ー
	名 称	
	代表者 等氏名	印
電 話	()	

組合員証
組合員被扶養者証
船員組合員証
船員組合員被扶養者証
任意継続組合員証
任意継続組合員被扶養者証
高齢受給者証
特定疾病療養受療証
標準負担額減額認定証
限度額適用・標準負担額減額認定証

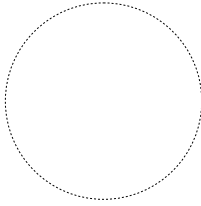


所属所受付印

記載事項変更申告書

組合員証	公立宮崎	組合員氏名			所属機関名	所属所番号	第 号
記号番号	第 号	生年月日	昭和 年 月 日	平成			
申告書提出の理由			変更事項				
			旧		新		
上記のとおり申告します。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 フリガナ 申告者氏名 印							
この申告書は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 所属所名 所属所長 職氏名 (電話番号) 印							

組合員等住所変更届



所属所受付印

組合員氏名		所 属 名			
組 合 員 証 記 号 番 号	公 立 宮 崎 第 号	所 属 コー ド			
	氏 名	続 柄	住所変更の有無 (どちらかに○)	新郵便番号	新 住 所 (住 民 票 上)
組合員		本 人	無 ・ 有		平成 年 月 日
被 扶 養 者			無 ・ 有		平成 年 月 日
			無 ・ 有		平成 年 月 日
			無 ・ 有		平成 年 月 日
			無 ・ 有		平成 年 月 日
			無 ・ 有		平成 年 月 日
			無 ・ 有		平成 年 月 日
上記のとおり届け出ます。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 届 出 者 氏 名 印					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 所 属 所 長 所 属 所 名 印 職 氏 名 (電 話 番 号)					

※ この変更届は、組合員または被扶養者に住民票上の異動があった場合に提出してください。

※ 氏名及び続柄欄については、転居の有無に関わらず組合員及び被扶養者全員分を記入し、住所変更の対象者のみ新住所等を記入してください。

※ 60 歳未満の被扶養配偶者が転居された場合は、「国民年金被保険者住所変更届」も提出してください。

<提出用>

《組合員個人口座登録申出書》

所属機関名	
所属コード (数字の5桁)	

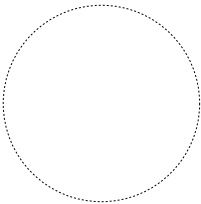
平成 年 月 日 提出

氏名 組合員コード	銀行コード	店舗 コード	口座 番号 (右詰め)	口座名義人 (左詰めカナ)		本人 確認印	備考
				姓	名		
	0184	1					
	0184	1					
	0184	1					
	0184	1					
	0184	1					
	0184	1					
	0184	1					
	0184	1					
	0184	1					

※ 短期給付金の指定金融機関は、手数料の関係により、『宮崎銀行』 でお願ひします。

組合員証
組合員扶養者証
船員組合員証
船員組合員被扶養者証
任意継続組合員証
任意継続組合員被扶養者証
高齢受給者証
特定疾病療養受療証
標準負担額減額認定証
限度額適用・標準負担額減額認定証

再交付申請書

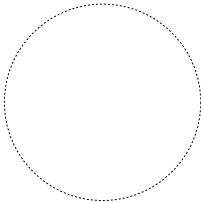


所属所受付印

組合員証 記号番号	公立宮崎	組合員氏名		昭和 平成	年	月	日	所属機関名 所属所番号	第	号
	第	号	生年 月日							
再交付申請 の理由 (具体的に詳しく 記入してください)										
被扶養者氏名	続柄	住所				生年月日				
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 住所 申請者 氏名 印										
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 所属所名 所属所長 職氏名 印 (電話番号)										

- 1. 被扶養者の欄については、再交付が必要な分のみを記入してください。
- 2. 汚損等による再交付の場合は、その組合員証等を添付してください。

被扶養者認定消申告書



所属所受付印

氏名						所属機関名					
組合員証 記号番号		公立 宮崎第 号				所属所コード					
生年月日		昭・平 年 月 日				標準報酬月額		等級 円			
認定(取消)を 受けようとする 者の氏名 ふりがな	性別	生年	職	年間 所得 推計額	同居 別居 の別	住所 (住民票上)	扶養手 当受給 の有無	給与 事務 担当者 証明印	被扶養者の要件を 備え又は欠くに至 った年月日及び その理由	※ 判定 及び 理由	
	続柄	月日	業		同・別						
	ふりがな				同・別						
	ふりがな				同・別						
	ふりがな				同・別						
配偶者の認定を受けようとする 配偶者の基礎年金番号					—						
上記のとおり申告します。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 申告者 住所 氏名 (印)											
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 所属所長 所属所名 職氏名 (印) (電話番号)											

1 続柄は長男・長女等で記入してください。
2 年間所得推計額は、その者の恒久的な収入として見込まれる勤労所得、資産所得、事業所得その他の所得の推計額を記入してください。
3 扶養事実の発生（消滅）の理由は、「被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及びその理由」欄に具体的に詳しく書いてください。
4 扶養手当の支給を受けている者について認定を受けようとするときは、給与事務担当者の証明印を受けてから提出してください。
5 ※印欄は記入しないでください。

扶 養 申 立 書

扶養しようとする親族	氏 名	続 柄	生 年 月 日		住 所		
	年 収 ・ 現 職 (又は前職) 年金、雇用保険受給等の有無						
上記親族との同居者	氏 名	続 柄	生 年 月 日		年 収 入	備 考	
扶養を必要とする理由							
	別居の場合の援助（生活費等） 予定年額 円						
他の扶養義務者の状況	氏 名	続 柄	同 別	勤 務 先	年 収	家族数	送金等の状況
その他参考事項	(他の扶養義務者が扶養できない理由等)						
上記のとおり申立てます。 平成 年 月 日 所属所名 氏 名 ㊟							

雇用・給与支払（見込み）証明書

申請人 住 所
氏 名

印

私の雇用、及び給与について証明願います。

雇用種別	正職員 臨時職員 アルバイト パート その他（ ）		
雇用期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
	現契約期間後の雇用予定 有 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 無 ・ 未定		
勤務時間	1日 時間 ・ 不定（定めが無い場合は不定に○をしてください）		
勤務日数	月平均 日 ・ 不定（定めが無い場合は不定に○をしてください）		
給 与	時給 ・ 日給 ・ 月給 円		
給与支払日	日 締め、 当月・翌月 日 支払		
社会保険・厚生年金	有（資格取得日 年 月 日） ・ 無		
給与支払（見込）額			
支払月	給料（賃金）	手当等	総支給額
平成 年 月			
平成 年 月			
平成 年 月			
平成 年 月			
平成 年 月			
平成 年 月			
平成 年 月			
平成 年 月			
平成 年 月			
平成 年 月			
平成 年 月			
賞与 月			
賞与 月			
合 計			

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日
住所
事業所名
代表者名

印

扶 養 親 族 証 明 申 請 書

所 属 所 名			
申 告 者 氏 名		生年月日	
扶養親族の氏名			
性 別 ・ 続 柄			
生 年 月 日			
申 告 年 月 日			

上記の者は所得税法第2条に規定する扶養控除を受けるべき扶養親族として
申告されていることをご証明願います。

平成 年 月 日

殿

住 所

申請者

氏 名 ㊞

上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

所属所名

所属所長

職 氏 名 ㊞

個人番号記入様式

組合員 本人	組合員番号	記号		公立宮崎		番号							
	個人番号※1※2												
	氏名												
	住民票住所												
	生年月日・性別	昭和・平成 年 月 日						男 ・ 女					

被扶養者 ①	個人番号※1											
	氏 名											
	生年月日・性別	昭和・平成 年 月 日						男 ・ 女				

被扶養者 ②	個人番号※1											
	氏 名											
	生年月日・性別	昭和・平成 年 月 日						男 ・ 女				

被扶養者 ③	個人番号※1											
	氏 名											
	生年月日・性別	昭和・平成 年 月 日						男 ・ 女				

被扶養者 ④	個人番号※1											
	氏 名											
	生年月日・性別	昭和・平成 年 月 日						男 ・ 女				

※1：通知カード又は個人番号カードに記載の個人番号（12桁）をご記入ください。

※2：被扶養者のみの報告の際は、本人の個人番号は記入不要です。

(個人番号の利用目的について)

当組合は番号法別表第 1 の 24 の項に規定する「厚生年金保険法による年金である保険給付若しくは一時金の支給又は保険料その他徴収金の徴収に関する事務」及び 39 の項に規定する「地方公務員等共済組合法による短期給付若しくは年金である給付の支給若しくは福祉事業の実施又は地方公務員等共済組合法の長期給付等に関する施行法による年金である給付の支給に関する事務」のために個人番号を利用します。

公立学校共済組合宮崎支部長 殿

平成 年 月 日

組合員氏名

印

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日

所属所名

所属コード

()

所属所長

職・氏名

印

