

組合員等資格情報等変更申告書

共済組合受付印			
		所 属 所 名	組合員等記号・番号
			公立島根
該 当 者 氏 名 ※住所変更により被扶養者など複数該当者がいる場合は、該当者全員の名前を記入してください。			
申告書提出の理由	<input type="checkbox"/> 結婚・離婚による姓名の変更 <input type="checkbox"/> 住民票上の住所の変更	<input type="checkbox"/> 養子縁組による姓名の変更 <input type="checkbox"/> 個人番号の変更	
変 更 事 項			
旧		新	
フリガナ		フリガナ	
姓 名		姓 名	
※姓名を変更された場合は、「給付金等受領口座変更届出書」により給付金等受領口座の名義変更手続きも行ってください。		改姓年月日	令和 年 月 日
		各種証を送付する場合の宛名	旧姓・新姓 (選択無の場合、新姓)
住 所		住 所	
		※ <u>住民票上の住所</u> を記載すること。また、下記(注2)に該当する場合は別途手続を行うこと。	
〒 —		〒 —	
		住所変更年月日	令和 年 月 日
		電話番号	
個人番号 変更年月日	令和 年 月 日	※個人番号は原則、共済組合が地方公共団体情報システム機構から提供を受けることになります。	
上記のとおり申告します。 令和 年 月 日 組合員氏名 (自署によらない場合は押印が必要です。)			
事務次長	担 当	送 付 日	電 算 入 力 日 (証回収)

(注1) 資格確認書等の各種証の交付を受けている場合は添付すること(住所変更の場合を除く。)

(注2) 福祉医療費医療証(県内の市町村分)、乳幼児等医療費受給資格証(県外の市区町村分)、その他の医療費助成に係る証(県外の市区町村分)を受けている者が、別の市区町村に転居した場合、別途「公費負担医療費助成制度適用報告書」を提出すること。