

任意継続組合員資格取得申出書

※退職の日から起算して20日以内に申請してください。

組合員の 記号番号 (職員番号)	仙 市		退職時 所 属						
フリガナ			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	年齢	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
氏 名									
組合員 資格取得日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		退職日	令和 年 月 日					
退職後 住 所	〒 -								
	電話番号	自宅 () -		携帯 () -					
退職時 標準報酬月額	短 等級		千円		※退職月の給与明細書等をご確認ください。				
掛金の 払込方法	<input type="checkbox"/> 毎月払 <input type="checkbox"/> 年2回払 <input type="checkbox"/> 年1回払								
再就職の 予 定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 就職予定日 年 月 日								
資格確認書の 交付希望 ・理由	<input type="checkbox"/> 希望する (交付理由を選択)		<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを取得していない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを保有しているが健康保険証登録を行っていない <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用が困難な「要配慮者」である						
	<input type="checkbox"/> 不要								
引き続き 被扶養者 とする家族	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (別紙のとおり)								
(記入日) 令和 年 月 日									
上記のとおり任意継続組合員の資格を取得したいので申し出ます。									
仙台市職員共済組合理事長 様 組合員氏名 (自署又は記名押印) 日中連絡先 電 話 番 号									
共済組合受付印			共済組合事務処理欄						
			資格取得日	令和 年 月 日		事務局長	事務局次長	係 長	係 員
			交 付 日	令和 年 月 日					

(別紙)

組合員の 記号番号 (職員番号)	仙 市			組合員氏名		
引き続き被扶養者とする家族						
1	氏 名		性別	続柄	同別居	資格確認書の交付希望・理由
			男・女		同・別	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 不要 (交付理由を選択)
	生年月日		年齢	年間収入見込額		<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを取得していない
	昭和 平成 令和	年 月 日		円		<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを保有しているが健康保険証登録を行っていない <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用が困難な「要配慮者」である
2	氏 名		性別	続柄	同別居	資格確認書の交付希望・理由
			男・女		同・別	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 不要 (交付理由を選択)
	生年月日		年齢	年間収入見込額		<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを取得していない
	昭和 平成 令和	年 月 日		円		<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを保有しているが健康保険証登録を行っていない <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用が困難な「要配慮者」である
3	氏 名		性別	続柄	同別居	資格確認書の交付希望・理由
			男・女		同・別	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 不要 (交付理由を選択)
	生年月日		年齢	年間収入見込額		<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを取得していない
	昭和 平成 令和	年 月 日		円		<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを保有しているが健康保険証登録を行っていない <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用が困難な「要配慮者」である
4	氏 名		性別	続柄	同別居	資格確認書の交付希望・理由
			男・女		同・別	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 不要 (交付理由を選択)
	生年月日		年齢	年間収入見込額		<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを取得していない
	昭和 平成 令和	年 月 日		円		<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを保有しているが健康保険証登録を行っていない <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用が困難な「要配慮者」である
5	氏 名		性別	続柄	同別居	資格確認書の交付希望・理由
			男・女		同・別	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 不要 (交付理由を選択)
	生年月日		年齢	年間収入見込額		<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを取得していない
	昭和 平成 令和	年 月 日		円		<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを保有しているが健康保険証登録を行っていない <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用が困難な「要配慮者」である