

任意継続組合員資格取得

記入例

※退職の日から起算して20日以上申請してください。

組合員の 記号番号 (職員番号)	仙市 1 1 2 2 3 3 4	退職時 所属	〇〇局 △△課					
フリガナ	セダイ 知ウ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	2年 2月 2日	年齢	35	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男
氏名	仙台 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 平成					<input type="checkbox"/> 女
組合員 資格取得日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 22年 4月 1日 <input type="checkbox"/> 令和	退職日	令和 7年 4月 30日					
退職後 住所	〒 456-7890 仙台市〇〇区□□町1丁目1-2-301 電話番号 自宅 (012) 345-6789 携帯 (080) 1234-5678							
退職時 標準報酬月額	短 26 等級	380 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 checked="" type="checkbox"/> 毎月払	払込方法を選択してください。初回の1ヶ月分掛金納期限は退職の日から20日後です。以降は前月末が納期限になります。年2回払、年1回払には割引制度があります。						
再就職の 予定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	就職予定日	7年 6月 1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 checked="" type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを取得 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを保有 <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用が困難な「要配慮者」である	右記のいずれかにあてはまる場合は「希望する」と理由に <input checked="" type="checkbox"/>					
引き続き 被扶養 とする	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (別紙のと	現在被扶養者と認定されており、引き続き被扶養者として認定希望の場合、ご記入ください。						
(記入日) 令和 7年 4月 15日								
マイナ保険証を保有している場合は「不要」に <input checked="" type="checkbox"/>								
資格を取得したいので申し出ます。								
様								
組合員氏名 仙台 太郎 (自署又は記名押印)								
日中連絡先 電話番号 内線 777-1234								
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)

記入例

組合員の 記号番号 (職員番号)	仙 市 1 1 2 2 3 3 4	組合員氏名	仙台 太郎		
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
	仙台 花子	男・女	妻	同・別	<input type="checkbox"/> 希望する (交付理由を選択) <input checked="" type="checkbox"/> 不要
	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 <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
	昭和 平成 令和	3 年 3 月 3 日	34	1,000,000 円	<p>マイナ保険証を保有している場合は「不要」に☑</p>
2	氏 名	性別	続柄	同別居	資格確認書の交付希望・理由
	仙台 愛子	男・女	長女	同・別	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する (交付理由を選択) <input type="checkbox"/> 不要
	生年月日	年齢	年間収入見込額		<input checked="" 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
	昭和 平成 令和	5 年 5 月 5 日	1	0 円	<p>下記のいずれかにあてはまる場合は「希望する」と理由に☑</p>
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 (交付理由を選択) <input type="checkbox"/> 不要
	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 <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
	昭和 平成 令和	年 月 日		円	
4	氏 名	性別	続柄	同別居	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"/> 不要
	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 <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
	昭和 平成 令和	年 月 日		円	<p>退職時に被扶養者に認定されていない家族を被扶養者として認定希望の場合は、被扶養者申告書及び必要書類の提出が必要です。</p>
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 (交付理由を選択) <input type="checkbox"/> 不要
	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 <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
	昭和 平成 令和	年 月 日		円	