

共済 使用欄	課長	課長補佐	主幹	G L	担当	合議
下記のとおり確認決定する				年 月 日		

組合員 資格取得届書

組合員証 記号番号	所属所記号	番 号	所属機関名			
組合員氏名	フリガナ	性別	生年月日	年	月	日
異動 事由	資格取得年月日		職 名	組合員 種 別		
基礎年金番号	/ /		職 種	<input type="checkbox"/> 会計年度任用		
住 所	〒	-	被扶養者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	市区町村名	フリガナ				
	市区町村より 下位の住所 (町名、番地、 建物名等)					
福祉医療	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 該当の場合、「福祉医療助成制度該当報告書」を添付のこと					
短期給付金 振込口座	金融機関名	本・支店名	支店(所) 出張所 代理店	普通	口座番号(右詰)	
	金融機関コード	店舗コード				
部課署番号 (設定有のみ)			会計支出科目 (設定有のみ)			
報酬月額	給 与		標準報酬 月額	等級	月額(千円)	
	固定的			短 期		
	非固定的			厚 年		
	合 計			退職等		
上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明します。						
年 月 日						
職 名						
所属機関の長						
氏 名						