

共済組合使用欄		課長	副課長	主幹	副主幹	係
起案	・	・				
決定	・	・				

伺
別紙のとおり
資格証明書を
交付してよろ
しいか。

組合員 取得 喪失 **資格** 認定 取消 **証明願**
被扶養者

令和 5 年 1 月 1 日

兵庫県市町村職員共済組合 理事長様

下記の者が兵庫県市町村職員共済組合の 組合員 被扶養者 の資格を
取得 喪失 していることを証明願います。
認定 取消

(申請者) 氏名 **共済 太郎**

(注) 申請者については、死亡の場合を除き組合員本人とする。

組合員等記号	1 2 3	組合員等番号	5 5 5
組合員氏名	共済 太郎		
被扶養者氏名	生 年 月 日		
共済 花子	昭和 平成 令和	63 年	2 月 1 日
	昭和 平成 令和	年	月 日
	昭和 平成 令和	年	月 日
	昭和 平成 令和	年	月 日
	昭和 平成 令和	年	月 日
(使用目的) 該当の使用目的に <input checked="" type="checkbox"/> を付してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 国保加入のため <input type="checkbox"/> 他の健康保険の被扶養者認定を受けるため <input type="checkbox"/> その他 ()			