

所属機関名		組合員 船員組合員				資格取得届書				共済 伺	局長	課長	係長	係
記号	番号					職名又は職種	勤務先又は部課署名	資格取得年月日				令和	年	月
生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	フリガナ 氏名					性別				
個人番号		個人番号カード等で確認し正確に記入してください。												
現住所※1 (住民票の表記通り正確に記入してください。)		〒 - フリガナ												
組合員種別 (該当する種別の□に✓を記入してください)		<input type="checkbox"/> (10) 一般組合員 <input type="checkbox"/> (11) 特別職 <input type="checkbox"/> (15) 労組専従者 <input type="checkbox"/> (20) 市町村長組合員 <input type="checkbox"/> (30) 特定消防組合員 <input type="checkbox"/> (60) 船員組合員 <input type="checkbox"/> (74) 在職派遣組合員 <input type="checkbox"/> (75) 退職派遣組合員												
基礎年金番号		公的年金の受給の有無				<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無						
過去に所属していた組合がある場合は共済組合名及び退職日		退職日 年 月 日		共済組合		マイナ保険証登録の有無※2		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
給付金の払込口座(組合員名義) ※ゆうちょ銀行の場合、通帳の写し(支店・支所名、口座番号が確認できる面)を添付してください。		金融機関名 (銀行コード)		支店・支所名 (支店コード)		区分 普通・当座		口座番号						
上記のとおり(組合員・船員組合員)の資格を取得しましたので届出ます。										共済組合受付印				
沖縄県市町村職員共済組合理事長 殿 令和 年 月 日 氏名														
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。										共済組合受付印				
令和 年 月 日 所属所長 職名 氏名														

常時勤務に服することを要しない者、高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の規定による障害の認定を受ける者は、この届出書に該当する旨を証する具体的な資料を添えてください。

※1 住所変更がある場合は、住所氏名変更届を提出してください。

※2 マイナ保険証としてマイナンバーカードを健康保険証利用登録しているかご確認のうえ、該当する項目の□にチェックを記入してください。

有の□にチェックを記入した方へは資格確認書は発行しません。ご自身でマイナポータルにて当共済組合の資格取得の確認をお願いします。無の□にチェックを記入した方に対して、

マイナ保険証として紐づけされていない場合に限り資格確認書を発行します。