

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

同別紙のとおり資格証明書を交付してよろしいか。

組合員
被扶養者
 資格
取得 喪失
認定 取消
 証明願

令和 年 月 日

兵庫県市町村職員共済組合 理事長様

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

(申請者) 氏名 _____

(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		組合員等番号	
組合員氏名			
被扶養者氏名	生 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
	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✓を付してください。 <input 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 ()			