

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。

組合員証記号	<b>1 2 3</b>	組合員証番号	<b>5 5 5</b>
組合員氏名	<b>共済 太郎</b>		
被扶養者氏名	生 年 月 日		
<b>共済 花子</b>	<b>昭和</b>	<b>63</b> 年	<b>2</b> 月 <b>1</b> 日
	平成	年	月 日
	令和	年	月 日
	昭和	年	月 日
	平成	年	月 日
	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 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 ( )			