退職・任意継続組合員資格取得

課長	係長	係員

回収	有 ・ 無
被回収	有 ・ 無
他回収	限度 ・ 高齢
3号届	有・無・不要

共済組合員申告書

所属所名
〇〇市役所

申告区分・事由
1 一般　2 短期　3 任継
ア 組合員資格取得届書（任継資格取得申出書）
イ 組合員資格喪失届書（任継資格喪失申出書）
ウ 組合員訂正申告書　a 氏名　b 住所　c 組合員種別　dその他（　　）
エ 公費負担申告書　a 該当　b 取消
オ 給付金等受取口座申告書　a 新規　b 変更

任意継続組合員になる場合記入。

所属所コード	組合員証番号	企業	部課署番号
〇〇〇	〇〇〇〇	〇	

〈添付書類〉
組合員証
組合員被扶養者証

氏名	
カナ	キヨウサイ タロウ
漢字	共済 太郎

性別	生年月日	職名
	元号 年 月 日	

個人番号（マイナンバー）	基礎年金番号	資格確認書要否	喪失証明交付希望
		交付が必要	有・無

任意継続組合員になる場合は記入不要です。

退職理由によりコードは異なります。

異動事由・異動年月日					組合員種別	固定的給与（円）	非固定的給与（円）	合計（円）
事由	元号	年	月	日				
1	1	5	〇〇	〇〇	〈元号〉令和：5			

決定標準報酬	等級	月額
短期		千円
厚年		千円
退年		千円

※退職時に住所が変わる場合記入。
任意継続組合員になる場合は必ず記入。

住所
郵便番号 3 1 0 － 0 8 5 2　電話番号 0 8 0 － 〇〇〇〇 － 〇〇〇〇
（県・郡・市町村）茨城県 水戸市
住所1 笠原町978番26
住所2 茨城県市町村会館5階　〈元号〉令和：5

氏名・住所変更年月日			
元号	年	月	日
5	〇〇	〇〇	〇〇

※退職時に変更する場合記入。

給付金等受取口座

銀行コード	支店コード	口座番号	種目
0130	〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇	普通

公費コード	公費該当年月日	公費不該当年月日
	元号 年 月 日	元号 年 月 日

銀行名：☑ 常陽銀行　☐ 筑波銀行　☐ 中央労働金庫　☐ 農協※茨城県内に限る（　　農協）

支店名：〇〇〇　☐ 本店　☐ 支所　☐ 本所　☐ 出張所　☑ 支店

任意継続組合員関係

※任意継続組合員となることを希望する場合記入。

任意継続組合員となること	
希望する	希望しない

退職日の前日に引き続く組合員期間	
12か月以上	12か月未満※

※12か月未満の場合、任意継続組合員にはなれません。

取得

掛金の標準となる標準報酬	等級	月額
短期	14	220 千円

任意継続掛金の納付方法	
6か月前納	12か月前納

喪失理由

※共済制度の適用拡大に伴い、令和4年10月1日に資格取得した短期組合員は、令和4年9月30日以前の協会けんぽ被保険者期間を組合員であった期間としてみなします。

備考
令和〇〇年〇〇月〇〇日　定年退職

異動前所属所	
所属所コード	組合員証番号

申告書所属所受理年月日
令和〇〇年 〇〇 月 〇〇 日

申告者欄

申告者欄は自署してください。

上記のとおり申告します。
茨城県市町村職員共済組合理事長　様

令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所　茨城県水戸市笠原町978番26
茨城県市町村会館5階

氏名　共済 太郎

所属所証明欄

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

職名　〇〇〇〇
所属所長

氏名　〇〇 〇〇

※資格得喪に係る申告はその事由が生じた日から5日以内に共済組合へ届け出てください。
※資格確認書は、マイナンバーカードで医療機関等を受診できない場合に交付します。

死亡退職

課長	係長	係員

回収	有・無
被回収	有・無
他回収	限度・高齢
3号届	有・無・不要

共済組合員申告書

所属所名
〇〇市役所

申告区分・事由

1 一般	2 短期	3 任継

ア 組合員資格取得届書（任継資格取得申出書）
イ 組合員資格喪失届書（任継資格喪失申出書）
ウ 組合員訂正申告書　a 氏名（フリガナを含む）　b 住所　c 組合員種別　dその他（　　）
エ 公費負担申告書　a 該当　b 取消
オ 給付金等受取口座申告書　a 新規　b 変更

所属所コード	組合員証番号	企業	部課署番号	会計支出科目
〇〇〇	〇〇〇〇	〇		

氏名		性別	生年月日 元号	年	月	日	職名
カナ	キヨウサイ　タロウ						
漢字	共済　太郎						

個人番号（マイナンバー）	基礎年金番号	資格確認書要否	喪失証明交付希望
	―	交付が必要	有・無

「資格喪失証明書」の交付を希望有無を記入してください。

死亡日の翌日を記入してください。

異動事由・異動年月日 事由	元号	年	月	日	組合員種別	固定的給与（円）	非固定的給与（円）	合計（円）
15	5	〇〇	〇〇	〇〇	〈元号〉 令和：5			

決定標準報酬	等級	月額
短期		千円
厚年		千円
退年		千円

住所
郵便番号　―　電話番号
（県・郡・市町村）
住所 1
住所 2

氏名・住所変更年月日 元号	年	月	日

給付金等受取口座

銀行コード	支店コード	口座番号	種目
			普通

公費コード	公費該当年月日 元号	年	月	日	公費不該当年月日 元号	年	月	日

銀行名
☐ 常陽銀行　☐ 筑波銀行　☐ 中央労働金庫
☐ 農協※茨城県内に限る（　　農協）

支店名
☐ 本店　☐ 支所
☐ 本所　☐ 出張所
☐ 支店

任意継続組合員関係

任意継続組合員となること	
希望する	希望しない

退職日の前日に引き続く組合員期間	
12か月以上	12か月未満※

※12か月未満の場合、任意継続組合員にはなれません。

取得

掛金の標準となる標準報酬	等級	月額
短期		千円

任意継続掛金の納付方法	
6か月前納	12か月前納

喪失

喪失理由
1 社保加入
2 国保加入
3 その他（　　）
喪失年月日
年　月　日

備考
令和〇〇年〇〇月〇〇日付け死亡退職

〈添付書類〉
組合員証
組合員被扶養者証

所属所コード	組合員証番号

申告書所属所受理年月日
令和〇〇年 〇〇 月 〇〇 日

申告者欄

上記のとおり申告します。
茨城県市町村職員共済組合理事長　様

申告者欄は自署してください。

令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所　茨城県水戸市笠原町978番26
茨城県市町村会館5階

氏名　共済　花子（ご遺族様）

所属所証明欄

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

職名
所属所長　〇〇〇〇

氏名　〇〇 〇〇

※資格得喪に係る申告はその事由が生じた日から5日以内に共済組合へ届け出てください。
※資格確認書は、マイナンバーカードで医療機関等を受診できない場合に交付します。

任意継続組合員資格喪失（年度途中）

課長	係長	係員

回収	有 ・ 無
被回収	有 ・ 無
他回収	限度 ・ 高齢
3号届	有・無・不要

共済組合員申告書

所属所名
〇〇市役所

申告区分・事由

1 一般	2 短期	(3) 任継

ア 組合員資格取得届書 （任継資格取得申出書）
(イ) 組合員資格喪失届書 （任継資格喪失申出書）
ウ 組合員訂正申告書　a 氏名 （フリガナを含む）　b 住所　c 組合員種別　dその他 （　　）
エ 公費負担申告書　a 該当　b 取消
オ 給付金等受取口座申告書　a 新規　b 変更

所属所コード	組合員証番号	企業	部課署番号	会計支出科目
〇〇〇	〇〇〇〇	〇		

氏名		性別	生年月日	職名
カナ	キヨウサイ タロウ		元号 年 月 日	
漢字	共済 太郎			

個人番号（マイナンバー）	基礎年金番号	資格確認書要否	喪失証明交付希望
	—	交付が必要	(有)・無

他保険に加入する場合:64
国民健康保険に加入する場合:65
家族の被扶養者になる場合:65

「資格喪失証明書」の交付を希望有無を記入してください。

異動事由・異動年月日 事由	元号	年	月	日	組合員種別	固定的給与（円）	非固定的給与（円）	合計（円）
64	5	〇〇	〇〇	〇〇	〈元号〉令和：5			

決定標準報酬	等級	月額
短期		千円
厚年		千円
退年		千円

※喪失時に変更する場合記入。

住所

郵便番号	電話番号
310-0852	080-〇〇〇〇-〇〇〇〇

（県・郡・市町村）茨城県　水戸市

住所1：笠原町978番26
住所2：茨城県市町村会館5階　〈元号〉令和：5

氏名（住所）変更年月日	元号	年	月	日
	5	〇〇	〇〇	〇〇

※喪失時に変更する場合記入。

給付金等受取口座

銀行コード	支店コード	口座番号	種目
0130	〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇	普通

公費コード	公費該当年月日	公費不該当年月日
	元号 年 月 日	元号 年 月 日

銀行名：☑ 常陽銀行　□ 筑波銀行　□ 中央労働金庫　□ 農協※茨城県内に限る（　　農協）

支店名：〇〇〇　□ 本店　□ 支所　□ 本所　□ 出張所　☑ 支店

任意継続組合員関係

任意継続組合員となること	
希望する	希望しない

退職日の前日に引き続く組合員期間	
12か月以上	12か月未満※

※12か月未満の場合、任意継続組合員にはなれません。

取得

掛金の標準となる標準報酬	等級	月額
短期		千円

任意継続掛金の納付方法	
6か月前納	12か月前納

喪失

喪失理由
(1) 社保加入 2 国保加入 3 その他 （　　）
喪失年月日
令和 〇 年 〇 月 〇 日

備考
令和〇〇年〇〇月〇〇日付け社会保険加入

〈添付書類〉
任意継続組合員証
任意継続組合員被扶養者証
新しい健康保険証の写し
※国民健康保険に加入する場合は不要

所属所受理年月日
年　月　日

申告者欄

上記のとおり申告します。　申告者欄は自署してください。
茨城県市町村職員共済組合理事長　様

令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所　茨城県水戸市笠原町978番26
茨城県市町村会館5階

氏名　共済　太郎

所属所証明欄

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日
職名
所属所長
氏名

※資格得喪に係る申告はその事由が生じた日から5日以内に共済組合へ届け出てください。
※資格確認書は、マイナンバーカードで医療機関等を受診できない場合に交付します。