



課 長	課 長 補 佐	主 監	係 長	係
--------	------------------	--------	--------	---



会 員 (加入・脱退) 申告書 被 扶 養 者

会 員	所 属 所 名				公 立 学 校 共 済 組 合	所 属 番 号			
	会 員 番 号					組 合 員 証 番 号			
	フリガナ				会 員 種 別	一 般 ・ 短 時 間 等			
	会 員 氏 名				住 所	〒			
	生 年 月 日	年	月	日	加 入 ・ 脱 退 年 月 日	令 和	年	月 日	
	性 別	男 ・ 女							
	標 準 報 酬 月 額								
被 扶 養 者	フリガナ 氏 名	性 別	続 柄	生 年 月 日	認 定 年 月 日	取 消 年 月 日			
給付金等振込金融機関 および口座番号		金融機関	支店名		金融機関口座番号		普通預金		
<p>上記のとおり申告いたします。</p> <p>一般財団法人高知県市町村職員互助会理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>会 員 氏 名</p>									
<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所 属 所 長</p>									

- 高知県国民健康保険団体連合会の事務局及び公立学校共済組合高知県支部の会員であって市町村より給与を受け、学校に勤務する職員とその被扶養者について記入するものです。
- 被扶養者の出生死亡等による異動の場合にも使用してください。
- 加入・脱退のいずれかを○で囲んでください。
- 標準報酬月額については、加入申告の時のみ記入のこと。
- 会員の署名及び所属所長の証明欄をあらかじめ印字している場合は、必ず所属所受付印を申告書内へ押印してください。
- 会員種別の短時間等とは、1年未満の会計年度任用職員及び短時間勤務職員の方。(令和4年10月施行の被用者保険適用拡大対象者) 一般とは、それ以外の会員の方。