

短期様式

事務次長	班長	担当	原票	証返還 ※地共済記入
				☐ 組合員証等 ☐ 被扶養者証() ☐ 限度額証()

任期更新(再就職)にかかる
〔 短 期 組 合 員 〕 異 動 報 告 書
〔 船 員 短 期 組 合 員 〕 資 格 取 得 届 書

(旧)組合員番号(職員番号)								※7桁・右詰で記入 (桁数が足りない場合、頭に「0」を追加)				
(現)組合員番号(職員番号)												
フリガナ								生年月日	年齢	性別		
								年号			年	月
組合員氏名								☐ 昭和				☐ 男 ☐ 女
								☐ 平成				

(異 動 報 告 記 入 欄)								○「年齢」は資格取得日時点を記入。 ○「資格取得年月日」等は任用通知書(辞令)に記載されている日付を記入。 ○「給与所属コード」は庶務担当者に確認。			
退職日(前回任期満了日)		異動前所属機関(〇〇部〇〇課・〇〇病院)									
年号	年	月	日								
令和											
(資 格 取 得 記 入 欄)											

資格取得年月日				任期満了年月日				給与所属コード(6桁)				(現)所属機関(〇〇部〇〇課・〇〇病院)			
	年	月	日		年	月	日								
令和				令和											
資格取得理由		☐ 任期更新または再就職(短期 → 短期) ☐ 種別変更(一般 → 短期)													
(フリガナ) 現住所	〒 ー ※住民票に記載されている住所を記入してください。(資格取得日時点)														
	フリガナ: 住所:														
金融機関指定口座 ※組合員名義		銀 行 名		銀行コード		支 店 名		支店コード		普通預金口座番号(7桁・右詰)					
資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要 ※マイナ保険証利用可能な方は発行対象外です。 ※発行希望理由に○を付けてください。														
	1. マイナンバーカードを持っていないため 2. マイナ保険証利用登録をしていないため(または利用解除したため)														
	3. マイナ保険証による受診に第三者の介助が必要なため 4. その他()														

下記の短期組合員等の適用基準を確認し、該当項目に☑を入れてください。

☐ 下記(1)または(2)に該当します。

(1) 一週間の勤務時間及び一月間の勤務日数が常勤職員の4分の3以上であり、雇用期間が2ヶ月超(見込み)である。

(2) 一週間の勤務時間及び一月間の勤務日数が常勤職員の4分の3未満であり、下記の①～④の全てに該当する。

① 雇用期間が2ヶ月超(見込み)である。

② 報酬月額が88,000円以上である。

③ 週の所定勤務時間が20時間以上である。

④ 学生ではない。

上記のとおり組合員の資格を喪失しましたので届け出ます。

地方職員共済組合沖縄県支部長 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。

令和 年 月 日 職名
所属所長 氏名

地共済受付印	所属所受付印	所属担当者チェック欄(添付書類確認)	
		☐ 辞令の写し ※前任期の「退職辞令の写し」も添付	
		☐ 交付を受けている全ての組合員証等	
		☐ 住民票抄本(謄本) ※住所に変更があった場合のみ	
		所属所担当者氏名	
		所属所担当者連絡先	

短期様式

事務次長	班長	担当	原票	証返還 ※地共済記入
				☐ 組合員証等 ☐ 被扶養者証() ☐ 限度額証()

任期更新(再就職)にかかる
〔 短期組合員 異動報告書 〕
〔 船員短期組合員 資格取得届書 〕

(旧)組合員番号(職員番号)		6 0 0 0 0 0 0						※7桁・右詰で記入	
(現)組合員番号(職員番号)		6 0 0 0 0 0 0						(桁数が足りない場合、頭に「0」を追加)	
フリガナ		キョウサイ		タロウ		生年月日		年齢	性別
組合員氏名		共済		太郎		年号 年 月 日		50 11 11	47
						☒ 昭和 ☐ 平成			☒ 男 ☐ 女
(異動報告記入欄)									
退職日(前回任期満了日)		異動前所属機関(〇〇部〇〇課・〇〇病院)							
年号 年 月 日		〇〇部〇〇課・〇〇病院							
令和 6 3 31									
(資格取得記入欄)									
資格取得年月日		任期満了年月日		給与所属コード(6桁)		(現)所属機関(〇〇部〇〇課・〇〇病院)			
年 月 日		年 月 日				〇〇部〇〇課・〇〇病院			
令和 6 4 1		令和 7 3 31		0 0 0 0 0 0					
資格取得理由		☒ 任期更新または再就職(短期 → 短期) ☐ 種別変更(一般 → 短期)							
(フリガナ) 現住所		〒 0 0 0 0 - 0 0 0 0 〇 ※住民票に記載されている住所を記入してください。(資格取得日時点) フリガナ: オキナワケンナハシ〇パンチ〇 住所: 沖縄県那覇市〇番地〇							
金融機関指定口座 ※組合員名義		銀行名		銀行コード		支店名		支店コード 普通預金口座番号(7桁・右詰)	
〇〇銀行		0 0 0 0		〇〇支店		0 0 0		0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	
資格確認書 発行要否		☐ 発行が必要 ※マイナ保険証利用可能な方は発行対象外です。 ※発行希望理由に〇を付けてください。 1. マイナンバーカードを持っていないため 2. マイナ保険証利用登録をしていないため(または利用解除したため) 3. マイナ保険証による受診に第三者の介助が必要なため 4. その他()							
下記の短期組合員等の適用基準を確認し、 ☒ 下記(1)または(2)に該当します。 (1) 一週間の勤務時間及び一月間の勤務日数 (2) 一週間の勤務時間及び一月間の勤務日数が常勤職員の4分の3未満であり、下記の①～④の全てに該当する。 ① 雇用期間が2ヶ月超(見込み)である。 ② 報酬月額が88,000円以上である。 ③ 週の所定勤務時間が20時間以上である。 ④ 学生ではない。 上記のとおり組合員の資格を喪失しましたので届け出ます。 地方職員共済組合沖縄県支部長 殿 令和 6 年 4 月 3 日 氏名 共済 太郎 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます 令和 6 年 4 月 5 日 所属所長 職名 〇〇部〇〇課・〇〇病院 氏名 共済 二郎(課長名) 所属担当者は書類が添付されていることを確認し、 ☒ を入れてください。 所属担当者チェック欄(添付書類確認) ☒ 辞令の写し ※前任期の「退職辞令の写し」も添付 ☒ 交付を受けている全ての組合員証等 ☒ 住民票抄本(謄本) ※住所に変更があった場合のみ 所属所担当者氏名 共済 三郎 所属所担当者連絡先 IP:0000									