

短期様式

事務長	事務次長	班 長	担 当	原 票

〔 短 期 組 合 員 〕 資 格 取 得 届 書
〔 船 員 短 期 組 合 員 〕

組合員証番号(職員番号)		※7桁・右詰 (桁数が足りない場合、頭に「0」を追加)				
フリガナ		生年月日			年齢	性別
		年号	年	月	日	
組合員氏名		<input type="checkbox"/> 昭和				<input type="checkbox"/> 男
		<input type="checkbox"/> 平成				<input type="checkbox"/> 女

↓任用通知書(辞令)に記載されている日付を記入↓ ※資格取得日時点を記入↑

資格取得年月日	任期満了年月日	資格取得理由
年 月 日	年 月 日	新規採用
令和	令和	

(フリガナ) 現住所	〒	※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:			

給与所属コード(6桁)		所属機関名 (〇〇部〇〇課・〇〇病院)	
-------------	--	------------------------	--

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	<input type="checkbox"/> 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、☑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時職員の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取得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)
		<input type="checkbox"/> 辞令の写し <input type="checkbox"/> 住民票抄本(謄本)の写し <input type="checkbox"/> 個人番号報告書
		所属所担当者氏名
		所属所担当者連絡先

短期様式

事務長	事務次長	班長	担当	原票

〔 短期組合員
船員短期組合員 〕 資格取得届書

組合員証番号(職員番号)	6 1 1 1 1 1 1	※7桁・右詰 (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					
			年号	年	月	日	年齢	性別
組合員氏名	共済	太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	50	11	11	47	<input checked="" type="checkbox"/> 男
			<input type="checkbox"/> 平成					<input type="checkbox"/> 女

↓任用通知書(辞令)に記載されている日付を記入↓

※資格取得日時点を記入↑

資格取得年月日	任期满了年月日	資格取得理由
年 月 日	年 月 日	
令和 6 4 1	令和 7 3 31	新規採用

(フリガナ) 現住所	〒 0 0 0 - 0 0 0 0	※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	該当する箇所に☑を入れてください。
	住所: 沖縄県那覇市〇番地〇	

給与所属コード(6桁)	0 0 0 0 0 0	所属機関名 (〇〇部〇〇課・〇〇病院)	〇〇部〇〇課・〇〇病院
-------------	-------------	------------------------	-------------

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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。

資格確認書の発行が必要な場合は、☑を記入の上、発行希望理由に〇をつけてください。

(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時職員の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取得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

組合員届出日以降の日付を記入

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。

職名 〇〇部〇〇課・〇〇病院

氏名 共済 二郎(課長名)

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)	
	受付印	<input checked="" type="checkbox"/> 辞令の写し	<input checked="" type="checkbox"/> 住民票抄本(謄本)の写し
		<input checked="" type="checkbox"/> 個人番号報告書	
		所属所担当者氏名	共済 三郎
		所属所担当者連絡先	IP:0000