課　長	保　　健	係

任意継続組合員資格取得申出書

元所属所名	○○市役所	元組合員等記号番号又は個人番号※	×××　－　××× 必須ではありません
ふりがな	きょうさい　たろう	生年月日	(昭)・平　××年　××月　××日
氏名	共 済　太 郎		
住所	〒 ×××　－　×××× ○○市○○町××－×× 共済ハイツ×××	TEL ×××－×××－××××	
組合員資格取得年月日	(昭)・平・令　××年　×月　×日	退職時標準報酬等級及び月額	××級　　×××千円
退職年月日	令和　××年　×月　×日	掛金の納入方法	(1.) 年度分前納 2. 6ケ月 3. 毎　　月
被扶養者	氏名	続柄	生年月日
	共済　花子	妻	(昭)・平・令　××年　×月　×日
	共済　小太郎	長男	昭　(平)・令　××年　×月　×日
			昭・平・令　　年　　月　　日
マイナ保険証利用登録	(有)　・　無	備考	

上記のとおり任意継続組合員の資格を取得したいので申し出ます。

栃木県市町村職員共済組合理事長　様
令和　××年　×月　×日

申出者名　　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　××年　×月　×日

所属所長
職　名　○ ○ 市長
氏　名　○ ○　○ ○ ○

※「個人番号」の記入は、必須ではありません。

1．地方公務員等共済組合法第１４４条の２に規定する期限（退職の日から起算して２０日を経過する日）を経過した後にこの申出書を提出する場合には、遅延した理由を備考欄に記入してください。

2．退職時標準報酬等級及び月額欄には、退職時点で適用されていた標準報酬等級及び月額を記入してください。

3．マイナ保険証の利用については、裏面をご覧ください。

（裏面）

マ　イ　ナ　保　険　証　の　利　用　に　つ　い　て

１　オンライン資格確認等システムへのデータ登録完了に要する期間

任意継続組合員資格取得申出書が、当組合に提出されてから（不備がある場合は解消されてから）５日以内にデータ登録を行います。

不備がある場合は、データ登録が完了するまでに期間を要するうえ、マイナ保険証を利用することができませんのでご了承ください。

２　データ登録完了に係るお知らせ

データ登録完了後、「資格情報通知書」を送付します。

資格情報通知書が届いてからマイナ保険証による医療機関等への受診が可能となります。

マイナ保険証により医療機関等を受診する場合は、事前にマイナポータルにアクセスし、医療保険の資格情報として資格変更後の情報が登録されていることを確認してください。

なお、資格情報通知書のみで医療機関等の受診はできません。

３　マイナ保険証利用登録の有無

マイナ保険証利用状況を確認のうえ利用登録がない場合、「資格確認書」を送付しますので、医療機関等を受診する場合は提示してください。