課長		課長補佐		主監		係長		係	

受付印必要

互助会

互 会員 被扶養者 (加入・脱退)申告書

会員	所属所名			会員種別	一般 ・ 短時間等
	会員番号				
	フリガナ			住所	〒
	会員氏名				
	生年月日	年 月 日			
	性別	男 ・ 女		加入・脱退(取得・喪失)年月日	令和 年 月 日
	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	金融機関口座番号					
	金融機関		支店名		口座番号	普通預金

上記のとおり申告いたします。

一般財団法人高知県市町村職員互助会理事長 様

令和 年 月 日

会員氏名

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

所属所長

1. 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。
2. 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。
3. 加入・脱退のいずれかを〇で囲んでください。
4. 標準報酬月額については、加入申告の時のみ記入のこと。
5. 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。
6. 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。