

京共6資第699号
令和6年12月3日

一般社団法人 京都府歯科医師会長 様

京都府市町村職員共済組合理事長
(公 印 省 略)

資格確認書の様式について (通知)

本組合の組合員及び被扶養者の診療等につきましては、常々ご高配をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、本組合の資格確認書の様式を下記のとおりとしますので、よろしく取り計らいいただきますようお願い申し上げます。

なお、お手数とは存じますが、この旨貴管下医療機関にご周知いただきたく、あわせてお願い申し上げます。

記

資格確認書の様式

	プラスチック製カード (※)	有効期限
組合員	資格確認書 (組合員)	交付日より 5年以内
被扶養者	資格確認書 (被扶養者)	
任意継続組合員	資格確認書 (任意継続) (組合員)	
任意継続組合員被扶養者	資格確認書 (任意継続) (被扶養者)	

※ 見本は別添1のとおり。なお、必要に応じて有効期限を1か月以下とするA4紙様式の資格確認書を交付する場合があります (見本は別添2のとおり。)

京都府市町村職員共済組合
担 当：資格管理課 資格管理係
電 話：075-431-0302
FAX：075-431-9161
メール：shikaku@kyotoctv-kyosai.jp

組合員

京都市市町村職員共済組合 本人 令和6年〇月〇日交付
 資格確認書（組合員）
 記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇（枝番） 00
 氏 名 〇〇 〇〇 性別 〇
 生 年 月 日 〇〇年〇月〇日
 資格取得年月日 〇〇年〇月〇日
 有 効 期 限 〇〇年〇月〇日
 発行機関所在地 京都市上京区西洞院通下立売上ル
 保 険 者 番 号 3 2 2 6 0 4 1 6
 名 称 京都市市町村職員共済組合

被扶養者

京都市市町村職員共済組合 家族 令和6年〇月〇日交付
 資格確認書（被扶養者）
 記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇（枝番） 01
 氏 名 〇〇 〇〇 性別 〇
 組合員氏名 〇〇 〇〇
 生 年 月 日 〇〇年〇月〇日
 資格取得年月日 〇〇年〇月〇日
 有 効 期 限 〇〇年〇月〇日
 発行機関所在地 京都市上京区西洞院通下立売上ル
 保 険 者 番 号 3 2 2 6 0 4 1 6
 名 称 京都市市町村職員共済組合

任意継続組合員

京都市市町村職員共済組合 本人 令和6年〇月〇日交付
 資格確認書（任意継続）（組合員）
 記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇（枝番） 00
 氏 名 〇〇 〇〇 性別 〇
 生 年 月 日 〇〇年〇月〇日
 資格取得年月日 〇〇年〇月〇日
 有 効 期 限 〇〇年〇月〇日
 発行機関所在地 京都市上京区西洞院通下立売上ル
 保 険 者 番 号 3 2 2 6 0 4 1 6
 名 称 京都市市町村職員共済組合

任意継続組合員被扶養者

京都市市町村職員共済組合 家族 令和6年〇月〇日交付
 資格確認書（任意継続）（被扶養者）
 記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇（枝番） 01
 氏 名 〇〇 〇〇 性別 〇
 組合員氏名 〇〇 〇〇
 生 年 月 日 〇〇年〇月〇日
 資格取得年月日 〇〇年〇月〇日
 有 効 期 限 〇〇年〇月〇日
 発行機関所在地 京都市上京区西洞院通下立売上ル
 保 険 者 番 号 3 2 2 6 0 4 1 6
 名 称 京都市市町村職員共済組合

京都府市町村職員共済組合資格確認書

本人（組合員）

家族（被扶養者）

令和 ○年○○月○○日交付

記号	○○○○	番号	○○○○	(枝番)	○○
氏名	○○○○	性別	○		
生年月日	○○年○○月○○日				
資格取得年月日	○○年○○月○○日				
有効期限	○○年○○月○○日				
発行機関所在地	京都府 京都市 上京区 西洞院通下立売上ル 西大路町149-1				
保険者番号	32260416				
名称	京都府市町村職員共済組合				