

申請者→所属長→事業所確認→総務部確認

総務部確認	事業所使用欄		
	事業所確認		所属長

申請用紙

採用時届出情報(新規・変更)・住宅手当・扶養手当支給申請等

倉敷医療生活協同組合 理事長 殿

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者 氏 名： _____ ⑩ 個人コード： _____

事業所名： _____ 所属： _____

住 所： _____

電 話： _____ (_____)

※氏名及び住所は旧氏名・旧住所で申請してください。

下記のとおり、(1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8)について申請します。

1. 氏名変更届(変更後氏名) 戸籍の文字で記入	フリガナ		変更日	_____ 年 _____ 月 _____ 日				
			変更理由					
2. 住所等変更届 (変更後住所等) 「通勤届・通勤車両届」が必要	フリガナ		変更日	_____ 年 _____ 月 _____ 日				
	〒 _____	_____	電話番号	(_____)				
3. 結婚報告	入籍日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	氏名変更 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 住所変更 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
4. 離婚報告	役場届日	_____ 年 _____ 月 _____ 日						
5. 住宅手当支給申請 支給要件:裏面を確認のこと	<input type="checkbox"/> 持家	名義人						
	<input type="checkbox"/> 借家	名義人 (賃借人)	賃貸人	1カ月家賃 (共益費含む) _____ 円				
6. 住宅手当取消申請	_____ 年 _____ 月 _____ 日	事 由	<input type="checkbox"/> 住所変更による <input type="checkbox"/> 支給要件を外れるため <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
7. 看護師住宅利用申請 利用要件:裏面を確認のこと	<input type="checkbox"/> 利用する	_____ 年 _____ 月 _____ 日	事由					
	<input type="checkbox"/> 取り消しする	_____ 年 _____ 月 _____ 日	事由					
8. 扶養手当変更申請 支給要件:裏面を確認のこと								
増・減	フリガナ		生年月日 (年齢)	続柄	職業	収入	税法上の 扶養変更	健保扶養 の手續
	家族の氏名							
<input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 減少			_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 減少			_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 減少			_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 減少			_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 減少			_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
上記扶養届の理由								

緊急時の連絡先 氏名： _____ 続柄： _____ 電話： _____ (_____) 自宅・携帯
勤務先

□のついたものは該当するものに「レ」を記入してください。 5. 8. の申請に関しては、添付書類が必要です。

変更申請が遅くなった場合、超過分を返金していただきますので、速やかに申請してください。

■住宅手当支給の要件について…常勤職員のみ

<支給要件>

- ・申請者が持家、借家の名義人であること
- ・申請者が主たる生計担当者であること
 - ※主たる生計担当者の認定は、同居の構成員の中で最も収入が多いことを条件とします。
- ・他から住宅手当に相当する手当を支給されていないこと

<添付書類>

- ・同居の構成員に収入がある場合はその額が分かるもの（源泉徴収票、直近3カ月の給与明細・年金額変更通知書など）
- ・住民票（世帯全員のもの・個人番号の記載がないもの）
- ・住宅（持家）の名義人が分かるもの（売買契約書、登記簿、賃貸契約書など）の写し
- ・同居の構成員に住宅手当に相当するものが支給されていないことの分かるもの（給与明細など）
 - ※同居の構成員には、内縁関係を含む配偶者・両親・就労中の子等を含みます。

■看護師住宅利用の要件について…常勤看護師のみ

<利用要件>

- ・単身者であること
- ・看護師住宅は、原則として勤務先事業所から片道2km未満とする
- ・利用年限は新規学卒から5年間とする

■扶養手当支給の要件について…常勤職員のみ

<支給対象>

- ・職員の健康保険の被扶養者として認定されているもののうち、配偶者（同一世帯かつ同居の内縁関係にあるものを含む）及び子
 - ※ただし、子とは、満22歳に達する日以降の最初の3月31日まで（満18歳の翌年度4月以降は在学証明書が必要）の子、及び特別児童扶養手当支給要件を満たす障害児とする。

<添付書類>

- ・在学証明書（対象者のみ）