

被扶養者申告書

組合員等記号・番号 △△△△-△△△△		組合員名前 共 済 一 郎		生年月日 △△△△年△△月△△日		所属機関名 〇 〇 市									
※ 続柄 コード	認定（取消）を受けようとする者		職業及び年間 所得推計額	現住所	被扶養者の要件を備え 又は欠くに至った 年月日及びその理由	給与事務担当者 記入欄	判定	医療費の公費負担							
	フリガナ	キョウサイ ハナコ	職業 なし	申告書と同じ	△△△△年△△月△△日	扶養手当の受給の有無を確認し、該当するものに○をしてください。	認定 年 月 日 取消 年 月 日	適用 適用を受ける法律又は条例等	適用期間						
	名前	共 済 花 子	所得		理由 婚姻	有・無 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無			から まで						
	性別	女 続柄 妻	円												
	生年月日	△△△△年△△月△△日													
	個人番号	△ △ △ △ - △ △ △ △ △ △ - △ △ △ △ △ △													
	フリガナ		職業		年 月 日	扶養手当の受給の有無を確認し、該当するものに○をしてください。	認定 年 月 日 取消 年 月 日	有・無	から まで						
	名前		所得		理由	有・無									
	性別	続柄	円												
	生年月日	年 月 日													
	個人番号	-													
	フリガナ		職業		年 月 日	扶養手当の受給の有無を確認し、該当するものに○をしてください。	認定 年 月 日 取消 年 月 日	有・無	から まで						
	名前		所得		理由	有・無									
	性別	続柄	円												
	生年月日	年 月 日													
	個人番号	-													
認定対象者が配偶者の場合の基礎年金番号		1	2	3	4	-	5	6	7	8	9	0	国民年金第3号被保険者届	※ <input checked="" type="radio"/> 有・無	
所属所受付日付印		共済組合受付日付印		上記のとおり申告します。		〒 △ △ △ - △ △ △ △		住所		〇〇市〇〇町△△-△△		申告者		名前 共 済 一 郎	
上記のとおり認定（取消）してよろしいか。		上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。		職名		〇 〇 市 長		所属所長		〇〇〇〇〇〇〇〇		名前			
課長	課長補佐	係長	主務	係	△△△△年△△月△△日										

1 「組合員等記号・番号」欄には、組合員等記号・番号又は個人番号のいずれかを記入すること。
 2 「年間所得推計額」欄には、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、資産所得、事業所得、その他の所得の推計額を記入してください。
 3 扶養事実の発生（消滅）の理由は、「被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及びその理由」欄に具体的に詳しく書いてください。
 なお、被扶養者の認定（取消）を受けようとする者が高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の規定による障がいの認定を受けている場合には、当該欄にその者に係る資格確認書等に記載された資格取得年月日及び有効

期限を記入してください。
 4 扶養手当の支給を受けている者について認定を受けようとするときは、給与事務担当者による確認の記載を受けてから提出してください。
 5 ※ 印欄は記入しないでください。
 （この申告書に記入された事項は、電子計算組織に登録し処理を行います。）