

# 被扶養者申告書〔認定・継続・**取消**〕

必ず記入してください

所属所名	組合員証記号番号	組合員氏名	生年月日	標準報酬	※ 処理区分
〇〇市役所	〇〇〇 - ×××××	共済太郎	昭和 32 年 5 月 1 日 平成	等級 ( 〇〇 ) 標準報酬月額 ( △△△ ) 千円	<input type="checkbox"/> 新規認定 <input type="checkbox"/> 認定復活 <input type="checkbox"/> 期間更新 <input checked="" type="checkbox"/> 取消

被扶養者の氏名 (フリガナ)	性別	続柄	生年月日	職業	年間収入推計額 又は月平均収入額	同居・別居の区分	被扶養手当の受給	給与事務担当者の証明印	認定申告の理由又は扶養を取り消す理由及びその年月日	※ 判定及び理由	家族類別
共済 花子	女	妻	昭和 35 年 7 月 16 日 平成	会社員	年間 230 万円 月 15 万円	同居	適用あり	印	出生・婚姻・養子縁組・収入増加・収入減少・退職・就職・離婚・扶養者変更・死亡・扶養手当の異動・年金受給開始・年金額確定・雇用保険〔待機中・開始・終了〕・その他 発生日 ( XX 年 4 月 1 日 )	認定・継続 年月日	取消 年月日
共済 太郎	男	同居			年間 万円 月 万円	同居	適用あり		出生・婚姻・養子縁組・収入増加・収入減少・退職・就職・離婚・扶養者変更・死亡	認定・継続・取消 年月日	取消 年月日

共済組合記入欄

取消申告の際はマイナンバーの記入は不要です。

戸籍上の続柄を記入してください。

取消年月日の確認が出来る書類を添付して下さい。(新しい保険証の写し等)

上記のとおり被扶養者の (認定・継続・**取消**) を申告します。

平成 XX 年 4 月 1 日 ※ 申告日は必ず記入してください。

〒 870 - 0022

申告者 (組合員)

住所 大分市大手町 2 丁目 3 番 1 2 号

大分県市町村職員共済組合理事長 殿

氏名 共済太郎

共済

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

平成 XX 年 4 月 1 日

所属所長

〇〇市長

長〇之〇印市

日付・印漏れのないようお願いします。

- 「続柄」は戸籍上の続柄で記入してください。例：子→「長男」
  - 「年間収入推計額」欄には、申告する者の今後1年間の収入の見込額を記入してください。
  - 「扶養手当の受給」及び「給与事務担当者の証明印」は給与事務担当者の証明印を添付してください。
- (注意) 配偶者の認定申告の場合は「国民年金第3号被保険者該当届書」を添付してください。

※共済組合確認欄	
証添付	有・無
3号届	有・無