

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 〇〇市役所	組合員証記号番号 〇〇〇 - ×××××	組合員氏名 共済太郎	生年月日 昭和 32 年 5 月 1 日 平成	標準報酬 等級 (〇〇) 標準報酬月額 (△△△) 千円	※ 処理区分 <input type="checkbox"/> 新規認定 <input type="checkbox"/> 認定復活 <input type="checkbox"/> 期間更新 <input 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	家族種別
共済 桜子	女	長女	昭和 1 年 4 月 10 日 平成	アルバイト	年間 72万 円 月 6万 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 (年 月 日)	認定・継続・取消 年月日 有効期限の設定 年月日	
個人番号 (マイナンバー) ※						別居	適用なし				
か ()					年間	同居	適用あり		婚姻・養子縁組・収入増加・収入減少・	認定・継続・取消 年月日 有効期限の設定 年月日	
か ()					年間	別居	適用なし				

戸籍上の続柄を記入してください。

継続申請日以降の年間収入額、月平均収入額を記入してください。

扶養手当の受給が“適用あり”の場合のみ、給与事務担当者の印を押して下さい。“適用なし”の場合は印を押さないで下さい。

継続申告の際はマイナンバーの記入は不要です。

共済組合記入欄

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

住所 大分市大手町 2 丁目 3 番 1 2 号

申告者 (組合員)

氏名 共済太郎

共済

大分県市町村職員共済組合理事長 殿

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
 - 「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
- (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