

被 扶 養 者 申 告 書 [認 定 ・ 継 続 ・ 取 消]

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
	—		昭和 平成 年 月 日	等級 () 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 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
か ()	男・女		昭和 平成 年 月 日		年間 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 末日	
個人番号 (マイナンバー) ※					月 円	別居	適用なし				
か ()	男・女		昭和 平成 年 月 日		年間 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 末日	
個人番号 (マイナンバー) ※					月 円	別居	適用なし				

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 年 月 日 ※ 申告日は必ず記入してください。

〒 —

住所

申告者 (組合員) 氏名

大分県市町村職員共済組合理事長 殿 印

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日

所属所長 印

※ 個人番号(マイナンバー)は、認定申告をする方のみ記入してください。(継続・取消の場合は不要です。)

- 1 「続柄」は戸籍上の続柄で記入してください。 例：子→「長男」と記入
- 2 「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 (遺族年金や障害年金など非課税であるものも含めた額) を記入ください。
- 3 「扶養手当の受給」及び「給与事務担当者の証明印」は給与事務担当者で証明ください。

(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。(継続認定の場合は不要です。)

※共済組合確認欄	
証添付	有 ・ 無
3号届	有 ・ 無