

記入例

被扶養者申告書 (認定)

伺	課長	課長補佐・主幹	課員

個人番号・基礎年金番号の記載をくれなくお願いします。

所属所	〇〇〇市		記号	999	番号	9999							
氏名	共済 一郎		標準報酬月額	380,000円									
			国年三号	提出・未提出・不要									
配偶者	フリガナ	キョウサイ ハナコ		生年月日	昭平令〇.〇.〇		性別	男・女	続柄	配偶者			
	氏名	共済 花子											
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	基礎年金番号	1	2	3	4	-	5	6	7	8	9	0	
	職業	パート		今後1年間の収入見込額	100万円								
住所	(別居住所) 〒 -		資格確認書※	<input type="checkbox"/> 発行が必要									
同居・別居	同上		扶養手当	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無									
申請理由(事由発生日)	勤務形態の変更(社会保険喪失)		年	〇	月	4	日	1	共済使用欄	年	月	日	
認定年月日													
上記以外の者	フリガナ	キョウサイ カズコ		生年月日	昭平令△.△.△		性別	男・女	続柄	母			
	氏名	共済 和子											
	個人番号	2	1	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	職業	無職		今後1年間の収入見込額	40万円								
	住所	(別居住所) 〒000 - 0000		資格確認書※	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要								
同居・別居	同居・別居		扶養手当	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無									
申請理由(事由発生日)	勤務先を退職したため		年	〇	月	4	日	1	共済使用欄	年	月	日	
認定年月日													
上記以外の者	フリガナ			生年月日			性別	女	続柄				
	氏名												
	個人番号			今後1年間の収入見込額	万円								
	住所	(別居住所) 〒 -		資格確認書※	<input type="checkbox"/> 発行が必要								
	同居・別居	同居・別居		扶養手当	有・無								
申請理由(事由発生日)			年		月		日		共済使用欄	年	月	日	
認定年月日													
(組合員)	上記のとおり申告します。 福岡県市町村職員共済組合 理事長 様 〇年〇月〇日 住所 〇〇市〇〇 〇-〇-〇 氏名 共済 一郎				(所属所長) 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 〇年〇月〇日 職名 〇〇〇市長 氏名 〇〇〇〇								
<ul style="list-style-type: none"> ・黒枠内を記入してください。 ・続柄(子)については、「子」ではなく「長男」「長女」等で記入してください。 ・裏面を参照の上、上記事実を確認できる書類を添付してください。 ※資格確認書は、マイナ保険証をお持ちの方には発行できません。				扶養手当を受給している場合は、公印必須です。									

記入例

被扶養者申告書 (取消)

伺	課長	課長補佐・主幹	課員

資格喪失証明書は、国民健康保険加入時や、ほかの家族の扶養に入るときに必要なものです。

	〇〇〇市	記号	999	番号	9999	
	共済 一郎	標準報酬月額		円		
	資格喪失証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要	証回収	済 (/) ・未 ・無		国年三号	
配偶者	フリガナ	キョウサイ ハナコ		生年月日	性別	
	氏名	共済 花子		昭平令 〇 . 〇 . 〇	男 ・ 女	
			職業	無職		
	基礎年金番号	1 2 3 4 - 5 6 7 8 9 0	今後1年間の収入見込額		150	万円
	住所	(別居住所) 〒 -		扶養手当		有 ・ 無
同居・別居			共済使用欄	年	月	
申請理由(事由発生日)	失業給付の受給		取消年月日	年	月	
	年	月	日	年	月	
	〇	5	1	5		
上記以外の者	フリガナ	生年月日		性別	続柄	
	氏名	昭平令 . .		男 ・ 女		
		職業		今後1年間の収入見込額		
	住所	(別居住所) 〒 -		扶養手当		
	同居・別居			有 ・ 無		
申請理由(事由発生日)	年	月	日	年	月	
上記以外の者	フリガナ	生年月日		性別	続柄	
	氏名	昭平令 . .		男 ・ 女		
		職業		今後1年間の収入見込額		
	住所	(別居住所) 〒 -		扶養手当		
	同居・別居			有 ・ 無		
申請理由(事由発生日)	年	月	日	年	月	
(組合員)			(所属所長)			
上記のとおり申告します。			上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。			
福岡県市町村職員共済組合 理事長 様			〇 年 〇 月 〇 日			
〇 年 〇 月 〇 日			職名			
住所 〇〇市〇〇 〇-〇-〇			〇〇〇市長			
氏名			〇 〇 〇 〇			
共済 一郎			印			
<ul style="list-style-type: none"> ・黒枠内を記入してください。 ・続柄(子)については、「子」ではなく「長男」・「長女」等で記入してください。 ・裏面を参照の上、上記事実を確認できる書類を添付してください。 				共済組合受付印		