

所属所
受付年月日

共済組合
受付年月日

事務局長	事務局次長	課長	課員

被扶養者申告書

組合員証 記号番号	853	-	1000	所属機関名	〇〇〇市				
組合員氏名	共 済 太 郎			生年月日	昭和 2 年 1 月 1 日生 平成				
認定(取消)を 受けようとする 者の氏名	性別 続柄	生年 月日	職業	年間収入 推計額	現住所	扶養 手当 受給 の有 無	給与事務 担当者証 明印	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	※判定及び理由 判定 理由
フリガナ キョウサイ ハナコ 共済 花子	女 妻	H2. 2. 1	無職	0円	〒 760-0066 高松市福岡町二丁目 3番4号	有	担当	H26. 4. 1 組合員の資 格取得	
フリガナ キョウサイ イチロウ 共済 一郎	男 長男	H26. 4. 10	無職	0円	〒 760-0066 高松市福岡町二丁目 3番4号	有	担当	H26. 4. 10 出生	
フリガナ									
フリガナ									
フリガナ									

上記のとおり申告します。
香川縣市町村職員共済組合 理事長 殿
平成 〇 年 〇 月 〇 日
〒 760-0066
住所 高松市福岡町二丁目3番4号
申告者 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 〇 年 〇 月 〇 日
職名 〇〇〇市長
所属所長 氏名 〇 〇 〇 〇 **公印**

太枠内は、所属所において記入いただくこととなります。(組合員が記入する欄ではありません。)

- 「年間収入推計額」欄には、所得税法上の所得金額でなく、年間における恒常的な収入として見込まれる各種所得の総収入金額(必要経費等を控除する前の金額)及び年金(障害、遺族を含む)扶助料等の合算額を記入してください。
- 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号の規定による障害の認定を受けている場合には、当該欄にその者に係る被保険者証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。
- 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、給与事務担当者の証明印を受けてから提出してください。
- 所属所受付年月日欄には、本人から申告書が提出された日の受付印を押印してください。
- ※印欄は記入しないでください。