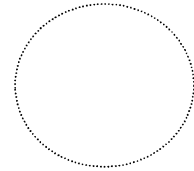
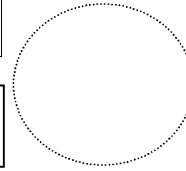


※ 決 裁	年 月 日	事務局長	課 長	課長補佐	係 長	係

共済組合  
受付印

所属所  
受付印



# 被扶養者申告書 認定

組合員氏名		組合員証 記号番号 又個人番号	[記号]	[番号]	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	所属機関 名称			
認定 被 扶 養 者	(フリガナ) 氏 名	認定理由 及 該 当 日	<input type="checkbox"/> 出生 (平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 離職 (平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 失業等給付の受給終了 (平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 [ ] (平成 年 月 日)		
	生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ( 歳)		
	個人番号		- -		
	性 別		組 合 員 との 続 柄	※コード	年 間 収 入 推 計 額
① 現住所		扶 養 手 当 受 給 の 有 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	給与事務 担当者 証明欄 (印) ※判定	
認定 被 扶 養 者	(フリガナ) 氏 名	認定理由 及 該 当 日	<input type="checkbox"/> 出生 (平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 離職 (平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 失業等給付の受給終了 (平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 [ ] (平成 年 月 日)		
	生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ( 歳)		
	個人番号		- -		
	性 別		組 合 員 との 続 柄	※コード	年 間 収 入 推 計 額
② 現住所		扶 養 手 当 受 給 の 有 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	給与事務 担当者 証明欄 (印) ※判定	
上記のとおり申告します。 岡山県市町村職員共済組合 理事長 様 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;">           [住所]            [申告者]            [氏名] (印)         </div>					
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 <div style="text-align: right;">           [職名]            [所属機関の長]            [氏名] (印)         </div>					

(2017.1改訂)

**【注意事項】**

- 「年間収入推計額」には、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、資産所得、事業所得、その他の所得の推計額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ください。
- 認定を受けようとする者について、国民年金法による第3号被保険者として認定を受けることを希望するときは、「国民年金第3号被保険者資格取得・種別変更・種別確認(3号該当)届」を添付してください。
- 印の箇所については、該当する□の中にレ印を記入してください。
- ※印の欄には、記入しないでください。

※第3号 済・未

