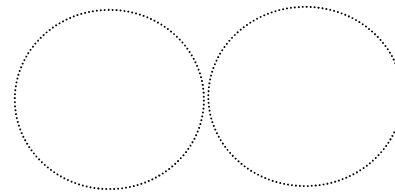


年	月	日	事務局長	課長	課長補佐	係長	係

所属所受付印

共済組合受付印



# 被扶養者申告書[認定]

組合員氏名		組合員証 記号番号 (個人番号)	[記号]	[番号]	
生年月日	昭和 平成	年 月 日	所属機関名		
認定被扶養者①	(フリガナ)		認定理由 及び 該当日	<input type="checkbox"/> 出生 ( 年 月 日 )	
	氏名			<input type="checkbox"/> 離職 ( 年 月 日 )	
	生年月日	昭和 平成 令和		年 月 日 ( 歳 )	<input type="checkbox"/> 失業等給付の受給終了 ( 年 月 日 )
	個人番号	《記入不要》		<input type="checkbox"/> その他 [ ] ( 年 月 日 )	
	性別	組合員 との続柄	※続柄コード	年間収入 推計額	円 職業
	現住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		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②	(フリガナ)		認定理由 及び 該当日	<input type="checkbox"/> 出生 ( 年 月 日 )	
	氏名			<input type="checkbox"/> 離職 ( 年 月 日 )	
	生年月日	昭和 平成 令和		年 月 日 ( 歳 )	<input type="checkbox"/> 失業等給付の受給終了 ( 年 月 日 )
	個人番号	《記入不要》		<input type="checkbox"/> その他 [ ] ( 年 月 日 )	
	性別	組合員 との続柄	※続柄コード	年間収入 推計額	円 職業
	現住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		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 令和 年 月 日 住所 申告者 氏名					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 職名 所属機関の長 氏名					

(2022.1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。
- 該当する口にはレ印を記入してください。また、※欄は記入しないでください。

※国年第3号

済 未