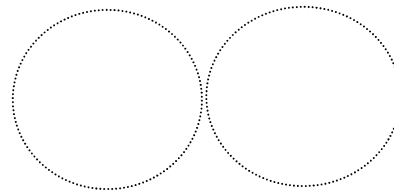


年	月	日	事務局長	課長	課長補佐	係長	係

所属所受付印

共済組合受付印



被扶養者申告書〔認定〕

□にはし印を記入してください。※欄は共済組合が使用します。

組合員氏名		組合員等 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	<input type="checkbox"/> 失業等給付の受給終了 (年 月 日)
	個人番号		(歳)	<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
資格確認書 発行要否	発行が必要 <input type="checkbox"/>	資格確認書の発行は以下に該当する場合があります。 マイナンバーカードを取得していない者、 マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者等。					
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	<input type="checkbox"/> 失業等給付の受給終了 (年 月 日)
	個人番号		(歳)	<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
資格確認書 発行要否	発行が必要 <input type="checkbox"/>	資格確認書の発行は以下に該当する場合があります。 マイナンバーカードを取得していない者、 マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者等。					

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

(2024.12改訂)

※国年第3号

済 未