

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

公印等の押印を廃止したため、所属所経由を確認するために必ず受付印を押印してください

# 被扶養者申告書[認定]

組合員証記号番号又は個人番号をご記入ください

□にはレ印を記入

原則、“自署”すること		組合員氏名		共済 太郎		組合員等記号番号(個人番号)		[記号] [番号] 000-123456	
生年月日		昭和 平成		〇〇年 〇〇月 〇〇日		所属機関名		〇〇市	
認定被扶養者①	フリガナ	キョウサイ ハナコ		氏名	共済 花子		認定理由 及 該 当 日	<input type="checkbox"/> 出生( 年 月 日 ) <input checked="" type="checkbox"/> 離職( 令和〇年 〇〇月 〇〇日 ) <input type="checkbox"/> 失業等給付の受給終了	
	生年月日	昭和 平成			▲▲年 〇〇月 ▼▼日 ( 〇〇 歳 )			新たに扶養する理由と、その事実が発生した日をご記入ください	
	個人番号	123456789012			個人番号を必ず記入してください				
	性別	女	組合員との続柄		妻	※		推計額	1,000,000円
現住所	同居の場合、記入不要		<input checked="" 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者に限ります。 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	キョウサイ コタロウ		氏名	共済 小太郎		認定理由 及 該 当 日	<input type="checkbox"/> 出生( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 離職( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 失業等給付の受給終了 <input checked="" type="checkbox"/> その他 [ 扶養替え ] ( 年 月 日 )	
	生年月日	▲▲年 〇〇月 ▼▼日 ( 〇〇 歳 )							
	個人番号	123456789012			お子様の場合は、「長男」「次男」「長女」「次女」など、お生まれの順に沿ってご記入ください				
	性別	男	組合員との続柄		長男	※続柄コード			
現住所	〇〇市〇〇町3-3		<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" 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者に限ります。 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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

申告者

住所 〇〇市 ▲▲町 〇-〇-〇  
氏名 共済 太郎

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

所属機関の長

職名 〇〇市長

氏名 〇 〇 〇 〇

(2024.12改訂)

※国年第3号

済 未