

決裁	確認	係

証交付	
証回収	有・無
他回収	限度・高齢
3号届	有・無・不要

申告区分及び申告事由			
1 一般	ア 被扶養者申告書	a 認定	b 取消
		c 継続認定	d 別居
2 任継	イ 被扶養者訂正申告書	a 氏名(フリガナを含む) b 生年月日 c 続柄 d その他()	
	ウ 公費負担申告書	a 該当	b 取消

共済被扶養者申告書

所属所コード	組合員証番号	所属所名	組合員氏名	※「認定」の場合のみ記入 共済被扶養者申告書 (個人番号提供用) の添付確認
				有 後日提出

被扶養者氏名 カナ											性別	生年月日 元号 年 月 日				年齢 歳	続柄		
	漢字																続柄 コード		
認定・取消(事由・年月日)					国民年金3号該当年月日					家族 種別	同居 扶養手当 扶養控除 給与事務担当者印			職業					
事由	元号	年	月	日	元号	年	月	日	有		有	有							
公費		公費コード		公費該当年月日				公費不該当年月日				年金受給の有無(私的年金含む)		喪失証明交付希望	有 無				
該当													無	有	老齢・遺族・障害 企業・積立・個人				
不該当																			
別居住所	〒										基礎年金番号								
届出日認定		父母		申告の理由										事実発生年月日				申告書所属所受理年月日	
待機期間認定		再認定												年 月 日				年 月 日	
離職票原本預																			

扶 養 調 書 ※「認定」の場合のみ記入してください。

【組合員の年間収入】	給与	円	その他(農業・不動産等)	円	合計	円
【扶養しようとする者に関する事項】						
■加入していた健康保険	健康保険 [社保・国保・共済組合] 区 分 [本人・家族]					
■退職に伴い扶養する場合	勤務先名称 [] 退職年月日 [年 月 日]					
	雇用保険加入 [有・無] ※有の場合[請求済・未請求・延長・請求しない]					
■年間収入	収入の種類		前年分	円	本年推計	円
	収入の種類		前年分	円	本年推計	円
■家族構成(組合員を除く)						
氏名 (同居の親族 別居の扶養親族)	続柄	生年月日	職業又は勤務先	年間収入額	同居の有無	
				円	同・別	
				円	同・別	
				円	同・別	
				円	同・別	
				円	同・別	
				円	同・別	

申告者欄 (自署)	上記のとおり申告します。 茨城県市町村職員共済組合理事長 様 年 月 日	所属所証明欄	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日
	住所		職名
氏名	印	所属所長	氏名
			印

※この様式をダウンロードして使用する場合は、必ず複写して共済事務主管課の控えとしてください。