

決裁	確認	係	証交付
出生による認定			無 高齢 不要

共済被扶養者申告書

申告区分及び申告事由			
1	被扶養者申告書	a 認定	b 取消
一般	イ 被扶養者訂正申告書	c 継続認定	d 別居
2	ウ 公費負担申告書	a 該当	b 取消
任			
継			

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
〇〇〇	〇〇〇〇〇	〇〇市役所	共済 太郎	共済被扶養者申告書 (個人番号提供用) の添付確認 <input checked="" type="checkbox"/> 有 後日提出

被扶養者氏名	カ キ ヨ ウ サ イ 漢 共 済 桃 子	モ モ コ	<性別> 男:1 女:2	性別 2	生年月日 元号 年 月 日 4 〇 〇 〇 〇 〇 〇	年齢 0 歳	続柄 長女	続柄コード 4 0
--------	--------------------------------	----------	--------------------	---------	-----------------------------------	-----------	----------	--------------

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 1 2 4 〇 〇 〇 〇 〇	元号 年 月 日		<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 担当	無職

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
<input checked="" type="checkbox"/> 該当		元号 年 月 日	元号 年 月 日	無 有 老齢・遺族・障害 企業・積立・個人	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

別居住所	小児マル福等について記入してください。	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	出生	平成〇〇年〇月〇日	平成〇〇年〇月〇日
離職票原本預				

扶 養 調 査 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	〇,〇〇〇,〇〇〇 円	その他(農業・不動産等)	〇,〇〇〇,〇〇〇 円	合計	〇,〇〇〇,〇〇〇 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
共済 花子	妻	昭和〇〇年〇月〇日	無	0 円	<input checked="" type="checkbox"/> 同・別
共済 桃子	長女	平成〇〇年〇月〇日	無	0 円	<input checked="" type="checkbox"/> 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 平成〇〇年〇〇月〇〇日 住所 水戸市笠原町978番26 氏名 共済 太郎	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。 平成〇〇年〇〇月〇〇日 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 〇〇〇〇
----------	---	--------	---

※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。