

決裁	確認	係	証交付
就職による取消			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	ア 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
				有 後日提出

被扶養者氏名	カ キ ヨ ウ サ イ ハ ナ コ	漢 共 済 花 子	<性別> 男:1 女:2	性 別 2	生 年 月 日 元号 年 月 日 3 〇 〇 〇 〇 〇 〇	年 齢 〇〇歳	続 柄 妻
					<元号>昭和:3 平成:4		続柄 コード 2 1

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 3 4 4 〇 〇 〇 〇 〇 〇	元号 年 月 日		有 無	有 無	有 無		

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 不該当		元号 年 月 日	元号 年 月 日	無 有 老齢・遺族・障害 企業・積立・個人		

別居住所	基礎年金番号
〒	〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇〇〇

届出日認定	父母	申告の理由	事実発生日	申告書所属所受理年月日
待機期間認定	再認定	就職のため	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 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 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。

決裁	確認	係	証交付	無 高齢 不要
----	----	---	-----	---------------

雇用保険の受給開始による取消

申告区分及び申告事由			
1	ア 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			

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
〇〇〇	〇〇〇〇〇	〇〇市役所	共済 太郎	有 後日提出

被扶養者氏名 カナ	キ ヨ ウ サ イ	ハ ナ コ	<性別> 男:1 女:2	性別	2	生年月日 元号 年 月 日	3 〇 〇 〇 〇 〇 〇	年齢	〇〇歳	続柄	妻
漢字	共 済	花 子		<元号>昭和:3 平成:4	続柄コード	2 1					

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		
3 6 4 〇 〇 〇 〇 〇			無	無	無		

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		元号 年 月 日	元号 年 月 日	無 有		
不該当				老齢・遺族・障害 企業・積立・個人		

別居住所	基礎年金番号
〒	〇 〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

届出日認定	父母	申告の理由	事実発生日	申告書所属所受理年月日
待機期間認定	再認定	雇用保険受給のため	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 ※「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 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。