

退職による認定

決裁	確認	係

証交付	有・無
証回収	限度・高齢
他回収	有・無・不要
3号届	

申告区分・事由	1 一般	2 短期	3 任継
	<input checked="" type="radio"/> ア 被扶養者申告書	<input checked="" type="radio"/> a 認定 c 継続認定	b 取消 d 別居
	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

情報連携確認

所属所コード 〇〇〇	組合員証番号 〇〇〇〇	所属所名 〇〇市役所	組合員氏名 共済 太郎
---------------	----------------	---------------	----------------

※「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	<input checked="" type="radio"/> 有 後日提出
---	--

被扶養者氏名 カナ キ ヨ ウ サ イ ハ ナ コ 漢字 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 〇	年齢 〇〇歳	続柄 妻		
		<元号>昭和:3 平成:4 令和:5			続柄 コード 2 1		
<input checked="" type="radio"/> 認定 取消(事由・年月日) 事由 元号 年 月 日 1 4 5 〇 〇 〇 〇 〇 〇	国民年金3号該当年月日 元号 年 月 日 5 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	家族 種別	同居 <input checked="" type="radio"/> 有 無	扶養 手当 <input checked="" type="radio"/> 有 無	扶養 控除 <input checked="" type="radio"/> 有 無	給与事務 担当者確認 <input checked="" type="radio"/> 又はサイン	職業 無職
公費 <input checked="" type="radio"/> 該当 不該当	公費 コード 7 6	公費該当年月日 元号 年 月 日 5 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	公費不該当年月日 元号 年 月 日	年金受給の有無(私的年金含む) <input checked="" type="radio"/> 無 有	喪失証明交付希望 有 無		
別居住所 〒	妊産婦マル福等について記入してください。			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 退職のため 妊産婦マル福該当	事実発生日 令和〇〇年〇月〇日	申告書所属所受理年月日 令和〇〇年〇月〇日			

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	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 [<input checked="" type="radio"/> 社保・国保・共済組合] 区分 [<input checked="" type="radio"/> 本人・家族] ■退職に伴い扶養する場合 勤務先名称 [株式会社〇〇〇〇] 退職年月日 [令和〇〇年〇〇月〇〇日] 雇用保険加入 [<input checked="" type="radio"/> 有・無] ※有の場合 [<input checked="" type="radio"/> 請求済・請求予定・延長・請求しない]																																									
■年間収入	収入の種類	給与	前年分	〇,〇〇〇,〇〇〇 円	本年推計	0 円																																				
	収入の種類		前年分		本年推計																																					
■家族構成(組合員を除く)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>氏名(同居の親族 別居の扶養親族)</th> <th>続柄</th> <th>生年月日</th> <th>職業又は勤務先</th> <th>年間収入額</th> <th>同居の有無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>共済 花子</td> <td>妻</td> <td>昭和〇〇年〇月〇日</td> <td>無</td> <td>0 円</td> <td><input checked="" type="radio"/>同・別</td> </tr> <tr> <td>共済 桃子</td> <td>長女</td> <td>平成〇〇年〇月〇日</td> <td>無</td> <td>0 円</td> <td><input checked="" type="radio"/>同・別</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>円</td> <td>同・別</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>円</td> <td>同・別</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>円</td> <td>同・別</td> </tr> </tbody> </table>						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="radio"/> 同・別	共済 桃子	長女	平成〇〇年〇月〇日	無	0 円	<input checked="" type="radio"/> 同・別					円	同・別					円	同・別					円	同・別
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="radio"/> 同・別																																					
共済 桃子	長女	平成〇〇年〇月〇日	無	0 円	<input checked="" type="radio"/> 同・別																																					
				円	同・別																																					
				円	同・別																																					
				円	同・別																																					

申告者欄	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 令和〇〇年〇〇月〇〇日	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。 令和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
	住所 水戸市笠原町978番26		申告者欄は自署してください。
	氏名 共済 太郎		

※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。

出生による認定

決裁	確認	係

証交付	有・無
証回収	限度・高齢
他回収	有・無・不要
3号届	

申告区分・事由	1 一般	2 短期	3 任継
	<input checked="" type="radio"/> 被扶養者申告書	<input checked="" type="radio"/> a 認定 b 取消 c 継続認定 d 別居	
	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

情報連携確認	
--------	--

所属所コード	組員証番号	所属所名	組員氏名
〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇市役所	共済 太郎

※「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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 後日提出

被扶養者氏名 カナ 漢字	キ ヨ ウ サ イ モ モ コ	<性別> 男:1 女:2	性 別	2	生 年 月 日 元号 年 月 日	5 〇 〇 〇 〇 〇 〇	年齢	0 歳	続柄	長女	
	共 済 桃 子		<元号>令和:5	続柄 コード	4 0						
事由	元号 年 月 日	国民年金3号該当年月日	元号 年 月 日	家族 種別	同居 <input checked="" type="checkbox"/> 有 無	扶養 手当 <input checked="" type="checkbox"/> 有 無	扶養 控除 <input checked="" type="checkbox"/> 有 無	給与事務 担当者確認	<input checked="" type="checkbox"/> 又はサイン	職業	無職
公費 該当 不該当	公費 コード	公費該当年月日 元号 年 月 日	公費不該当年月日 元号 年 月 日	年金受給の有無(私的年金含む)	無 有	喪失証明交付希望	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	老齢・遺族・障害 企業・積立・個人			
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	出生		事実発生日	令和〇〇年〇月〇日		申告書所属所受理年月日		令和〇〇年〇月〇日	

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	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・請求予定・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	令和〇〇年〇月〇日	無	0 円	<input checked="" type="checkbox"/> 同・別	
				円	同・別	
				円	同・別	
				円	同・別	

申告者欄	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 令和〇〇年〇〇月〇〇日	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。 令和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
	住所 水戸市笠原町978番26		
	氏名 共済 太郎		申告者欄は自署してください。

※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。