

決裁	確認	係	証交付	無 高齢 不要
退職による認定				

共済被扶養者申告書

申告区分及び申告事由				
1 一般	<input checked="" type="checkbox"/> ア 被扶養者申告書	<input checked="" type="checkbox"/> a 認定	b 取消	
	イ 被扶養者訂正申告書	c 継続認定	d 別居	
2 任継	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	

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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	年齢 〇〇歳	続柄 妻	続柄コード 2 1
<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 有 扶養手当 <input checked="" type="checkbox"/> 有 扶養控除 <input checked="" type="checkbox"/> 有 給与事務担当者確認 <input checked="" type="checkbox"/> 又はサイン	職業 無職		
公費 <input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 無 有 老齢・遺族・障害 企業・積立・個人	喪失証明交付希望 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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 〇					
届出日認定 待機期間認定 離職票原本預	父母 再認定	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="checkbox"/> 社保・国保・共済組合]	区分 [<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 有・無]	※有の場合 [<input checked="" type="checkbox"/> 請求済・未請求・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 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

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 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。 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
------	---	--------	--

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

所属所コード 〇〇〇	組合員証番号 〇〇〇〇〇	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="checkbox"/> 有 後日提出
---------------	-----------------	---------------	----------------	--

被扶養者氏名 カナ キョウサイ モモコ 漢字 共済 桃子	<性別> 男:1 女:2	性別 2	生年月日 元号 5 〇 〇 〇 〇 〇 〇 年 月 日 <元号>令和:5	年齢 0 歳	続柄 長女 続柄コード 4 0
取消(事由・年月日) 事由 元号 年 月 日 1 2 5 〇 〇 〇 〇 〇 〇	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 扶養手当 <input checked="" type="checkbox"/> 有 扶養控除 <input checked="" type="checkbox"/> 有 給与事務担当者確認 <input checked="" type="checkbox"/> 印又はサイン	職業 無職	
公費 <input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 老齢・遺族・障害 企業・積立・個人	喪失証明交付希望 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 待機期間認定 離職票原本預	父母 再認定	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・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 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 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。 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
---	---

※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。