

就職による取消

決裁	確認	係

証交付	有・無
証回収	有・無
他回収	限度・高齢
3号届	有・無・不要

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	a 認定 <input checked="" type="radio"/> 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
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	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	3	〇	〇	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 令和:5	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			給与事務担当者確認			職業										
事由 元号 年 月 日			元号 年 月 日					有 無			有 無			有 無																
3 4 5 〇 〇 〇 〇 〇 〇								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				元号 年 月 日			元号 年 月 日			無 有			老齢・遺族・障害 企業・積立・個人			有 無														
不該当										無 有																				
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			事実発生年月日			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			令和〇〇年〇月〇日			令和〇〇年〇月〇日																				
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・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	
				円	同・別	
				円	同・別	
				円	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。		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。	
	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	
	令和〇〇年〇〇月〇〇日			職名 〇〇市長	
	住所 水戸市笠原町978番26			所属所長	
氏名 共済 太郎		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。

雇用保険受給開始による取消

決裁	確認	係

証交付	有・無
証回収	限度・高齢
3号届	有・無・不要

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	a 認定 <input checked="" type="radio"/> 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	組合員証番号
〇〇〇	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	有 後日提出

被扶養者氏名 カナ キョウサイ 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					
	<元号>昭和:3 平成:4 令和:5	続柄コード 2 1	認定(取消)事由・年月日 事由 元号 年 月 日 3 6 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 有 無	扶養手当 有 無	扶養控除 有 無	給与事務担当者確認
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					
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 待機期間認定 離職票原本預		申告の理由 雇用保険受給のため	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	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・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	
				円	同・別	
				円	同・別	
				円	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
	住所 水戸市笠原町978番26		職名 〇〇市長
	氏名 共済 太郎		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。

死亡による取消

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	a 認定 <input checked="" type="radio"/> 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	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	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	年齢	〇〇歳	続柄	妻				
	漢字	共 済 花 子		<元号>昭和:3 平成:4 令和:5	続柄コード	2 1												
認定(取消)事由(年月日)		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	扶養手当	扶養控除	給与事務担当者確認	職業
3 2 5 〇 〇 〇 〇 〇 〇													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		有		無		
該当						無 有		老齢・遺族・障害 企業・積立・個人		無		有		無		有		
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		事実発生年月日		申告書所属所受理年月日		死亡のため		令和〇〇年〇月〇日		令和〇〇年〇月〇日						
待機期間認定	再認定																	
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・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	
				円	同・別	
				円	同・別	
				円	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
	住所 水戸市笠原町978番26		職名 〇〇市長
	氏名 共済 太郎		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。