

# 被 扶 養 者 申 告 書

|     |     |   |
|-----|-----|---|
| 課 長 | 保 健 | 係 |
|     |     |   |

|   |       |             |                   |         |         |                                     |         |                             |              |                            |       |
|---|-------|-------------|-------------------|---------|---------|-------------------------------------|---------|-----------------------------|--------------|----------------------------|-------|
| 組合員証記号番号<br>又は個人番号 ※1                         |       | —           |                   |         | 所 属 所 名 |                                     |         |                             |              |                            |       |
| 組 合 員 氏 名                                     |       |             |                   |         | 男 ・ 女   |                                     | 給 料 月 額 |                             | 級 号 級 円      |                            |       |
| 生 年 月 日                                       |       | 昭 ・ 平 年 月 日 |                   |         |         |                                     |         |                             |              |                            |       |
| 認定（取消）を受けようとする者の氏名                            | 性 別   | 続 柄         | 生 年 月 日           | 職 業     | 現 住 所   | 扶 養 手 当 無<br>受 給 の 有 無              |         | 被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及びその理由 | 資格喪失証明書の発行申出 | 判 定 及 び<br>認 定 ・ 取 消 年 月 日 |       |
|   |       |             |                   | 年間所得推計額 |         | 個 人 番 号 ※2<br>基 礎 年 金 番 号           |         |                             |              | 判 定                        | 年 月 日 |
| フリガナ  | 男 ・ 女 |             | 昭 ・ 平 ・ 令<br>・ ・  |         | 〒 ー     | 有 ・ 無                               |         |                             | 有            |                            |       |
|   |       |             |                   |         |         |                                     |         |                             |              |                            |       |
| フリガナ  | 男 ・ 女 |             | 昭 ・ 平 ・ 令<br>・ ・  |         | 〒 ー     | 有 ・ 無                               |         |                             | 有            |                            |       |
|   |       |             |                   |         |         |                                     |         |                             |              |                            |       |
| フリガナ  | 男 ・ 女 |             | 昭 ・ 平 ・ 令<br>・ ・  |         | 〒 ー     | 有 ・ 無                               |         |                             | 有            |                            |       |
|   |       |             |                   |         |         |                                     |         |                             |              |                            |       |
| 上記のとおり申告します。<br>栃木県市町村職員共済組合理事長 様<br>令和 年 月 日 |       |             |                   |         |         | 上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。<br>令和 年 月 日 |         |                             |              |                            |       |
| 所属所受付印  |       |             | 住 所<br>申告者<br>氏 名 |         |         | 職 名<br>所属所長<br>氏 名                  |         |                             |              |                            |       |

※1 組合員の個人番号の記入は、必須ではありません。 ※2 被扶養者の個人番号は、認定時のみ記入してください。取消時には記入の必要はありません。

- 1 「年間所得推計額」欄には、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、資産所得、事業所得、その他の所得の推計額を記入してください。
- 2 扶養事実の発生（消滅）の理由は、「被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及びその理由」欄に具体的に詳しく書いてください。  
なお、被扶養者の認定（取消）を受けようとする者が老人保健法第25条第1項第2号の規定による障害の認定を受けている場合には、当該欄にその者に係る健康手帳の医療の受給資格を証するページに記載された有効期間を記入してください。
- 3 国内に住所がない被扶養者の場合は、国内居住要件の例外に該当する旨を「被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及びその理由」欄に記載し、それを証する書類等を添付してください。
- 4 認定を受けようとする者が配偶者であるときは、基礎年金番号を記入し、その配偶者が国民年金の第3号被保険者に該当する場合は、国民年金第3号被保険者資格取得届書及び年金手帳を添付してください。
- 5 取消しを受けようとする者について、資格喪失証明書の発行が必要な場合には、有欄に○印を付けてください。
- 6 「判定及び認定・取消年月日」欄は記入しないでください。