

被扶養者申告書

課長	保健	係
今後の扶養手当の有無を記載してください。		調整額を含めた額を記入してください。

組合員証記号番号 又は個人番号 ※1		××× - ××××		所属所名		〇〇〇市役所			
組合員氏名		共済太郎		給料月額		××級 ××号級 ×××, ×××円			
生年月日		昭・平 ××年 ××月 ××日		性別		男・女			
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	判定及び認定・取消年月日
			年間所得推計額	基礎年金番号		判定			
フリガナ 共済花子	男・女	妻	昭・平・令 ××・×・×	無職 0円	〒 〇〇〇〇〇〇 組合員と同じ	有・無 〇・無	×年×月×日 退職による 無職・無収入	有	判定の場合の記入例
フリガナ 共済小太郎	男・女	長男	昭・平・令 ××・×・×	無職 0円	〒 ×××-××××	有・無	×年×月×日 就職のため	有	取消の場合の記入例
フリガナ	男・女		昭	子供については「子」ではなく「長男」等を記入してください。親については「実父」「義父」「養父」等を記入してください。		有・無	必ず記入してください。	有	(取消の場合) 国保に加入する場合など、次の健康保険に加入する際に「資格喪失証明書」が必要になる場合に〇で囲んでください。
上記のとおり申告します。 栃木県市町村職員共済組合理事長 様 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。 令和××年××月××日				
所属所受付印		住所 〇〇市〇〇×-×-××			職名 〇〇市長				
		申告者 氏名 共済太郎			所属所長 氏名 〇〇〇〇				

- ※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。
- 「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。
 - 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。
 - 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。
 - 扶養手当の支給を受けている者について認定を受けようとするときは、給与事務担当者の証明印を受けてから提出してください。
 - 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。
 - 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、有欄に〇印を付けてください。
 - 「判定及び認定・取消年月日」欄は記入しないでください。