

被扶養者申告書

課長	保健	係

組合員証記号番号		—		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	扶養手当受給の有無	給与事務担当者証明印	被扶養者の要件を備え又は欠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			年月日	
フリガナ	男・女		昭和・平成 ・		〒 —	有・無	印		有		
フリガナ	男・女		昭和・平成 ・		〒 —	有・無	印		有		
フリガナ	男・女		昭和・平成 ・		〒 —	有・無	印		有		
フリガナ	男・女		昭和・平成 ・		〒 —	有・無	印		有		
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 平成 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。 平成 年 月 日					
所属所受付印		住所 申告者 氏名		職名 所属所長 氏名							

- 「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。
- 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○印を付けてください。
- ※印欄は記入しないでください。