

被扶養者申告書

課長	保健	係
		調整額を含めた額を記入してください。

組合員等記号番号 又は個人番号 ※1		××× - ××××		所属所名		〇〇市役所				
組合員氏名		共済太郎		性別		男・女				
生年月日		昭・平 ××年 ××月 ××日		給料月額		××級 ××号給 ×××,×××円				
フリガナ	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に至った年月日及びその理由	マイナ保険証利用登録	資格喪失証明書の発行申出	判定及び認定・取消年月日
認定(取消)を受けようとする者の氏名				年間所得推計額		個人番号※2 基礎年金番号				判定年月日
共済花子	男・女	妻	昭平・令 ××.×.×	無職 0円	組合員と同じ	有・無 ×××××××××× ×××× - ××××××	×年×月×日 退職による 無職・無収入	有 無	有	認定の場合の 記入例
共済小太郎	男・女	長男	昭平・令 ××.×.×	会社員 ×××円	〇〇市 〇〇 ×-×-××	有・無 取消の場合は記入不要 配偶者のみ記入	×年×月×日 就職のため	有 無	有	取消の場合の 記入例
	男・女		昭平・令			有・無		有 無	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 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		(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○をつけてください。 すでに就職先の社会保険に加入している場合は、原則発行いたしません。		
所属所受付印		住所 〇〇市 〇〇町 ××-××		職名 〇〇市長		所属所長 氏名 〇〇 〇〇				
		申告者 氏名 共済太郎								

- ※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。
 - マイナ保険証利用登録の有無に○印を付けてください。マイナ保険証の利用については、裏面をご覧ください。
 - 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。
 - 「判定及び認定・取消年月日」欄は記入しないでください。

(裏面)

マイナ保険証の利用について

1 オンライン資格確認等システムへのデータ登録完了に要する期間

被扶養者申告書等が、当組合に提出されてから（不備がある場合は解消されてから）5日以内にデータ登録を行います。

不備がある場合は、データ登録が完了するまでに期間を要するうえ、マイナ保険証を利用することができませんのでご了承ください。

2 データ登録完了に係るお知らせ

データ登録完了後、所属所を通して「資格情報通知書」を送付します。※

資格情報通知書が届いてからマイナ保険証による医療機関等への受診が可能となります。

マイナ保険証により医療機関等を受診する場合は、事前にマイナポータルにアクセスし、医療保険の資格情報として資格変更後の情報が登録されていることを確認してください。

なお、資格情報通知書のみで医療機関等の受診はできません。

3 マイナ保険証利用登録

マイナ保険証利用登録状況を確認のうえ利用登録がない場合、「資格確認書」を所属所を通して送付します※ので、医療機関等を受診する場合は提示してください。

※ 任意継続組合員の場合は、当組合登録住所あて送付します。