被 扶 養 者 申 告 書

決裁	局 長	課 長	課長補佐	係 長	係

組合員

組合員証記号番号	999 － 9999	職名（補助職名）	主事	所属所名	○○市		
組合員氏名	共済　太郎			生年月日	平成　○　年　○　月　○　日		
住所	○○市○○町○－○			性別	(男)・女	配偶者の有無	(有)・無

被扶養者の認定・取消を受けようとする者

申請区分	氏名	性別	続柄	生年月日	職業	年間収入推計額	現住所	扶養手当受給の有無	給与事務担当者確認欄
(認定)・取消	(フリガナ) キョウサイ　ハナコ 共済　花子	女	妻	平成 ○・○・○	無職	0円	(フリガナ) ○○市○○町○－○	有	☑
	配偶者の有無		マイナンバーの情報連携による添付書類の省略の有無			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		※判定及び理由 判定	理由
	(有)・無（未婚・死別・離別）		有・(無)	省略した書類名（有の場合）		退職　令和○年○月○日			
	個人番号（マイナンバー）		9999 9999 9999			備　考			

申請区分	氏名	性別	続柄	生年月日	職業	年間収入推計額	現住所	扶養手当受給の有無	給与事務担当者確認欄
(認定)・取消	(フリガナ) キョウサイ　イチロウ 共済　一郎	男	長男	令和 ○・○・○			(フリガナ) 同上	有	☑
	配偶者の有無		に			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		※判定及び理由 判定	理由
	有・(無)（(未婚)・死別・離別）		有・(無)			出生　令和○年○月○日			
	個人番号（マイナンバー）		9999 9999 9999			備　考			

「子」ではなく戸籍上の続柄を記載してください。

マイナンバーの記載に加え、マイナンバーが確認できる書類を添付してください。

要件を備えた理由は必ず記載してください。

申請区分	氏名	性別	続柄	生年月日	職業	年間収入推計額	現住所	扶養手当受給の有無	給与事務担当者確認欄
認定・取消	(フリガナ)						(フリガナ)		☐
	配偶者の有無		に			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		※判定及び理由 判定	理由
	有・無（未婚・死別・離別）		有・無	省略した書類名（有の場合）					
	個人番号（マイナンバー）					備　考			

上記のとおり申告します。

山形県市町村職員共済組合理事長　様　　申告者　氏 名　共　済　太　郎

所属所受付印

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　　所属所長　職 名　○　○　市　長

氏 名　○　○　○　○

1. 認定を受ける者のマイナンバーカードの写（又は通知カードの写、個人番号が記載された住民票の写等）を添付してください。
2. 「年間収入推計額」欄には、今後の恒常的な収入として見込まれる給与収入、年金収入、事業等収入、その他の収入の推計年額を記入してください。
3. 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。
4. ※印欄は記入しないでください。

処　理
年　月　日

被 扶 養 者 申 告 書

決裁	局 長	課 長	課長補佐	係 長	係

組合員

組合員証記号番号	999 － 9999	職名（補助職名）	主事	所属所名	○○市		
組合員氏名	共済　太郎			生年月日	平成　○　年　○　月　○　日		
住所	○○市○○町○－○			性別	(男)・女	配偶者の有無	(有)・無

被扶養者の認定・取消を受けようとする者

申請区分	氏名	性別	続柄	生年月日	職業	年間収入推計額	現住所	扶養手当受給の有無	給与事務担当者確認欄
認定・(取消)	(フリガナ) キョウサイ　カズオ 共済　一男	男	父	昭和 ○・○・○	無職	185万円	(フリガナ) ○○市○○町○－○	無	□
	配偶者の有無		マイナンバーの情報連携による添付書類の省略の有無			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		※判定及び理由 判定	理由
	(有)・無（未婚・死別・離別）		有 (無)	省略した書類名（有の場合）		年金額が認定基準額を超えたため			
	個人番号（マイナンバー）					備　考			

申請区分	氏名	性別	続柄	生年月日	職業	年間収入推計額	現住所	扶養手当受給の有無	給与事務担当者確認欄
認定・取消	(フリガナ)			・　・			(フリガナ)		□
	配偶者の有無		マイナンバーの情報連携による添付書類の省略の有無			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		※判定及び理由 判定	理由
	有・無（未婚・死別・離別）		有・無	省略した書類名（有の場合）					
	個人番号（マイナンバー）					備　考			

申請区分	氏名	性別	続柄	生年月日	職業	年間収入推計額	現住所	扶養手当受給の有無	給与事務担当者確認欄
認定・取消	(フリガナ)			・　・			(フリガナ)		□
	配偶者の有無		マイナンバーの情報連携による添付書類の省略の有無			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		※判定及び理由 判定	理由
	有・無（未婚・死別・離別）		有・無	省略した書類名（有の場合）					
	個人番号（マイナンバー）					備　考			

上記のとおり申告します。

山形県市町村職員共済組合理事長　様　　申告者　氏 名　共　済　太　郎

所属所受付印

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　　所属所長　職 名　○　○　市　長

氏 名　○　○　○　○

1. 認定を受ける者のマイナンバーカードの写（又は通知カードの写、個人番号が記載された住民票の写等）を添付してください。
2. 「年間収入推計額」欄には、今後の恒常的な収入として見込まれる給与収入、年金収入、事業等収入、その他の収入の推計年額を記入してください。
3. 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。
4. ※印欄は記入しないでください。

処　理
年　月　日