

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	〇〇市
組合員氏名	共済 太郎			生年月日	平成 〇 年 〇 月 〇 日
住所	〇〇市〇〇町〇-〇			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	年間所得 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 〇・〇・〇	無職	無	(フリガナ) 〇〇シ〇〇マチ〇-〇 〇〇市〇〇町〇-〇	有	<input checked="" type="checkbox"/>
	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 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	省略した書類名 (有の場合)		退職 令和〇年〇月〇日 【 9999 - 999999 】			
備考									
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 〇・〇・〇			(フリガナ) 同上	有	<input checked="" type="checkbox"/>
	配偶者の有無		「子」ではなく、戸籍上の 続柄を記載してください。		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			※判定及び理由 判定 理由	
	有・無 (未婚・死別・離別)		有	出生 令和〇年〇月〇日					
備考									
認定 ・ 取消	(フリガナ)								<input type="checkbox"/>
	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 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						
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

令和 〇 年 〇 月 〇 日

所属所
受付印

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

職名 〇 〇 市長

氏名 〇 〇 〇 〇

- 認定を受ける被扶養者の個人番号(マイナンバー)は、地方公務員等共済組合法施行規程第94条に基づき、共済組合が地方公共団体情報システム機構から取得します。取得した個人番号は、個人番号利用事務実施者として短期給付事務に利用します。
- 「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。
- 扶養手当の支給を受けている者の認定については、給与事務担当者の確認を受けてから提出してください。
- ※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	〇〇市
組合員氏名	共済 太郎			生年月日	平成 〇 年 〇 月 〇 日
住所	〇〇市〇〇町〇-〇			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	年間所得 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 〇・〇・〇	無職	185万円	(フリガナ) 〇〇シ〇〇マチ〇-〇 〇〇市〇〇町〇-〇	無	<input type="checkbox"/>	
	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 【 - 】			
	備考									
認定 ・ 取消	(フリガナ)			・			フリガナ		<input type="checkbox"/>	
	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)						
	備考									
認定 ・ 取消	(フリガナ)			・			フリガナ		<input type="checkbox"/>	
	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)						
	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

令和 〇 年 〇 月 〇 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 〇 年 〇 月 〇 日

職名 〇 〇 市長

氏名 〇 〇 〇 〇

- 認定を受ける被扶養者の個人番号(マイナンバー)は、地方公務員等共済組合法施行規程第94条に基づき、共済組合が地方公共団体情報システム機構から取得します。取得した個人番号は、個人番号利用事務実施者として短期給付事務に利用します。
- 「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。
- 扶養手当の支給を受けている者の認定については、給与事務担当者の確認を受けてから提出してください。
- ※印欄は記入しないでください。

処 理

年 月 日