別紙様式第15号

被　扶　養　者　申　告　書　〔(認定)・継続・取消〕

組合員証記号番号	○○○　－　○○○○○	所属所名	○○市役所
組合員氏名	①　共済　太郎	生年月日	昭和 平成　○年○月○日

認定・継続・取消を受けようとする者の氏名及びフリガナ	性別	続柄	生年月日	年齢（才）	職業	年間所得推計額（円）	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くに至った年月日及びその理由	資格喪失証明交付希望有無	判定及び認定・取消・有効期限日
キョウサイ　ハナコ 共済　花子	男・(女)	配偶者	SO.O.O	○	無職	0円	〒　○○○-○○○○ 住所	(有)・無	(担当)	平成　○年○月○日 退職したため	有・無	
			個人番号※	○○○○○○○○○○○○								
②	男・女 ③		⑤		⑥		〒 ⑦	有・無	⑧	平成　年　月　日 ⑨	有・無 ⑩	
	④		個人番号※									
	男・女						〒	有・無		平成　年　月　日	有・無	
			個人番号※									

受付印を忘れずに押印してください。

⑫ 受付　平成○年○月○日　○○市

所属所受付印欄

上記のとおり〔(認定)・継続・取消〕を申告します。

山梨県市町村職員共済組合理事長　殿

平成　年　月　日

申告者　住所　⑪　(共済)

氏名

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

所属所長　職名　⑬　の市○印長○印

氏名

1「続柄」欄は、戸籍上の続柄(「長男」、「養子」、「妻の子」等)を記入してください。
2「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。
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。
なお、被扶養者の認定・継続・取消を受けようとする者が高齢者医療の確保に関する法律第50条第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被保険者証に記載された資格取得年月日及び有効期限を記入してください。
4 扶養手当の支給を受けている者(受ける見込のある者も含む)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。
5「判定及び認定・取消・有効期限日」欄は記入しないでください。
※「個人番号」欄は、継続認定申請時は記入不要です。

【共済組合使用欄】

被扶養者証	喪失証明書	電算機
／	／	／

(H29.1)

① 組合員証記号番号・所属所名・組合員氏名・生年月日をそれぞれ記入してください。

② 申告をする者のフリガナと氏名を記入してください。

③ 性別と続柄を記入してください。性別は、男・女どちらかに○を付してください。続柄は「子」のように省略せず、「長男・養子・妻の子」のように戸籍上の続柄を記入してください。

④ １２桁の個人番号を記入してください。

⑤ 生年月日と年齢を記入してください。

⑥ 職業及び恒常的な収入として今後見込まれる年間所得推計額を記入してください。

⑦ 組合員と同居の場合は「同居」と、別居の場合は郵便番号及び住所を記入してください。

⑧ 扶養手当の「有・無」に○を付し、扶養手当の支給を受けている者(受ける見込のある者も含む)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押印してください。

⑨ 認定・継続・取消の年月日とその理由(例：出生、就職、退職、死亡、雇用保険受給開始・終了等)を記入してください。

⑩ 取消の申告時、被扶養者資格喪失証明書が必要な場合は「有」に○を付してください。

⑪ 申告する年月日と組合員の住所氏名を記入し、押印してください。

⑫ 所属所が受け付けた日の受付印を必ず押印してください。

⑬ 証明年月日と所属所長(市町村長・一部事務組合管理者)の職名と氏名を記入し、押印してください。