

# 被扶養者申告書 [ 認定・継続・**取消** ]

太枠内を記入してください。選択部分は○で囲むかレ印を記入してください。

所属所名	組合員証記号番号	組合員氏名	生年月日
〇〇市役所	〇〇〇 - ××××	共済 太郎	<b>昭和</b> 45 年 5 月 5 日 平成 令和

被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄	個人番号 (マイナンバー)
か キョウサイ ハナコ <b>共済 花子</b>	<b>昭和</b> 50 年 6 月 6 日 平成 令和	男 <b>女</b>	<b>妻</b>	

住所 (組合員と同居の場合は記入不要です)		住民票	ない場合	日本国籍無
<b>同居</b> か 別居	〒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

戸籍上の続柄を記入してください

取消申告の際は、個人番号の記入は不要です

職業	年間収入推計額	申告理由及び事実発生日
<b>会社員</b>	年間 <b>230万</b> 円	組合員の資格取得・出生・婚姻・養子縁組・収入〔増加・減少〕・退職・同居・別居 <b>就職</b> 離婚・年金額〔決定・改定〕・扶養者変更・死亡・扶養手当異動・雇用保険〔待機中・開始・終了〕・その他 ( ) 事実発生日 令和 <b>XX</b> 年 4 月 1 日

取消年月日を確認できる書類を添付してください。(新しい保険証の写し等)

私は、大分県令第...の事務(第12号又は第15号)を処理するために限って地方税関係情報について取得することに同意します。

大分県市町村職員共済組合理事長 殿 (市区町村を記入・前年1月1日以降同居なら記入不要)

令和 年 月 日 前年1月1日の住所 \_\_\_\_\_

同意する被扶養者氏名 \_\_\_\_\_ 当年1月1日の住所 \_\_\_\_\_

\* 同意する被扶養者が自ら署名をしてください。代理人が同意書に署名する場合は、被扶養者本人からの委任状が必要です。

上記のとおり被扶養者の(認定・継続 **取消**)を申告します。

大分県市町村職員共済組合理事長 殿 〒 870 - 0022

令和 **XX** 年 4 月 1 日 申告者 住所 **大分市大手町2丁目3番2号**  
(組合員) 氏名 **共済 太郎**

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 <b>XX</b> 年 4 月 1 日	所属所記入欄	扶養手当の支給 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
所属所長 <b>〇〇市長</b>		不支給の理由 <input type="checkbox"/> 支給規定無(特別職等) <input type="checkbox"/> 規定対象外家族 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> その他 ( )

- 「続柄」は戸籍上の続柄(長男・二男・三男・長女・二女・三女等)で記入してください。
- 「年間収入推計額」は、申告する者の収入の見込額(遺族年金や障害年金など非課税であるものも含めた額)を記入してください。(継続・取消の場合は不要です。)
- 取消対象者が署名(自署)した場合は所得証明書の提出を省略できます。
- 所属所は扶養手当の受給の有無、不支給の場合はその理由にレ印を記入してください。

共済組合使用欄	処理区分	<input type="checkbox"/> 新規認定 <input type="checkbox"/> 認定復活 <input type="checkbox"/> 期間更新 <input type="checkbox"/> 取消	判定	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 取消	(事実発生日) 年 月 日 (有効期限設定) 年 月 末	家族種別	証添付 3号届	有・無 / 有・無 /
	被扶養者 組合員 被扶養者	<b>共済組合記入欄</b>						
特記事項								

