

(処理側)

(共済組合提出用)

課長	補佐	主幹	担当

申告区分及び申告事由 (該当事項を○で囲む)	
① 一般	㊦ 被扶養者申告書……a 認定    ㊧ 取消
	イ 被扶養者訂正申告書……a 氏名(フリガナを含む)
	b 生年月日 c 続柄 d 住所
2 任継	ウ 公費負担申告書……a 該当    b 取消

入力日	
証交付	
証回収	本家

### 共済被扶養者申告書

所属所名 ○ ○ 市

所属所コード	組合員証番号	組合員氏名	組合員の個人番号(記号番号を記入した場合は不要)	標準報酬月額 千円
3 3 3	1 2 3 4	共済 太郎		

被扶養者氏名	カナ	キョウサイ イチロウ	性別	生年月日	続柄コード	続柄		
	漢字	共済 一郎					1	4 △ △ 0 6 1 0
個人番号(マイナンバー)		配偶者のみ		基礎年金番号	同居・別居	扶養控除	扶養手当	
					同 別	有 無	有 無	
認定・取消 (事由・年月日)			年間所得推計額 円		職業		資格喪失証明書の交付を希望 (取消時のみいずれかに○印)	
事由 元号 年 月 日							する <input checked="" type="radio"/> しない <input type="radio"/>	
公費コード	公費該当年月日		公費不該当年月日		国民年金第3号	3号届提出		氏名・住所変更年月日
	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日		該当 非該当	有 無	
被扶養者の住所 〒				申告の理由及び事実発生年月日				
フリガナ				令和△△年4月1日 雇用保険受給開始のため				

被扶養者氏名	カナ		性別	生年月日	続柄コード	続柄		
	漢字							
個人番号(マイナンバー)		配偶者のみ		基礎年金番号	同居・別居	扶養控除	扶養手当	
					同 別	有 無	有 無	
認定・取消 (事由・年月日)			年間所得推計額 円		職業		資格喪失証明書の交付を希望 (取消時のみいずれかに○印)	
事由 元号 年 月 日							する <input type="radio"/> しない <input type="radio"/>	
公費コード	公費該当年月日		公費不該当年月日		国民年金第3号	3号届提出		氏名・住所変更年月日
	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日		該当 非該当	有 無	
被扶養者の住所 〒				申告の理由及び事実発生年月日				
フリガナ								

申告者欄	上記のとおり申告します。	所属所証明欄	上記の記載事項は、真実と相違ないものと認めます。
	群馬県市町村職員共済組合理事長 様		令和 △△ 年 4 月 10 日
	住所 前橋市元総社町335-8		職名 ○ ○ 市長
	申告者 氏名 共済太郎		所属所長 氏名 赤城一郎

注意事項 1 記入に際しては、黒色のボールペンで丁寧に記入してください。  
2 網かけ欄は、記入しないでください。

申告書所属所受理年月日	所属所担当者
令和△△年4月10日	