

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	ア 被扶養者申告書 …… a 認定 b 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

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

被扶養者氏名 カナ 	漢字 	性別	生年月日 元号 年 月 日	続柄 コード	続柄				
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	給与担当者の証明印	
			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 しない			
公費コード	公費該当年月日		公費不該当年月日		配偶者のみ	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	該当 非該当	有 無		元号 年 月 日			
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									

被扶養者氏名 カナ 	漢字 	性別	生年月日 元号 年 月 日	続柄 コード	続柄				
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	給与担当者の証明印	
			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 しない			
公費コード	公費該当年月日		公費不該当年月日		配偶者のみ	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	該当 非該当	有 無		元号 年 月 日			
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		平成 年 月 日
	平成 年 月 日		職 名
	住所		所属所長
申告者	氏 名	氏 名	氏 名

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
平成 年 月 日	