

(処理伺)	課長	補佐	主幹	担当	組合員区分 1:一般 2:短期 3:任意継続 <small>※一般は、短期・任意継続以外の全ての組合員</small>	申告書類 1:被扶養者申告書(認定) 2:被扶養者申告書(取消) 3:被扶養者訂正申告書 4:公費負担申告書	申告項目 31:氏名訂正 32:生年月日訂正 33:住所訂正 34:その他の訂正 41:公費該当 42:公費取消	入力日		(共済組合提出用)
								交付		
								回収		

被扶養者申告書

所属所名	所属所コード	組合員等番号	組合員氏名	標準報酬月額 千円

被扶養者氏名	カナ <small>(カナ半角18文字、漢字全角12文字まで登録可。姓と名の間は1文字あけること。)</small>	氏超に 名過の 欄とみ がな記 文る入 字場す 数合る	カナ <small>(半角24文字まで登録可。姓と名の間は1文字あけること。)</small>
	漢字	漢字	

個人番号(マイナンバー)(12桁)	配偶者のみ	基礎年金番号(10桁)	性別 1:男 2:女	生年月日 (3:昭和 4:平成 5:令和)	続柄 コード	続柄

認定・取消 事由	認定・取消 年月日 (3:昭和 4:平成 5:令和)	今後1年間の収入見込み額 円	職業	同居・別居の別 1:同居 2:別居	扶養控除 1:有 2:無	扶養手当 1:有 2:無 3:対象外

公費 コード	公費該当年月日 (3:昭和 4:平成 5:令和)	公費不該当年月日 (3:昭和 4:平成 5:令和)	氏名変更年月日 (3:昭和 4:平成 5:令和)	住所変更年月日 (3:昭和 4:平成 5:令和)	短期 組合員除く	国民年金第3号 1:該当 2:非該当	3号届提出 1:有 2:無 3:不要

被扶養者の 別居住所	郵便番号(7桁)	市区町村名 以降の住所 記入欄	フリガナ	
			住所1	
	市区町村名		フリガナ 住所2 (アパート名等)	

申告の理由	事実発生年月日 (3:昭和 4:平成 5:令和)

「資格確認書」交付要否 (1:交付を要する)

(注)マイナ保険証利用登録済の者について、次のいずれかに該当する場合に限る。
 ・障害等により、マイナ保険証の利用が困難であるため。
 ・前保険者に対し、マイナ保険証の利用解除申請を行ったため。
 ※マイナ保険証未登録者については、全員に交付するため、記入不要。

備考欄	上記の記載事項は、真実と相違ないものと認めます。 年 月 日 所属所名 所属所長 職名・氏名
-----	--

注意事項 ・網かけ欄は、記入しないでください。
 ・年月日の項目は、例(「令和5年10月1日」→「5051001」)のように記入してください。
 ・被扶養者申告書(取消)の場合、資格喪失証明書を交付します。

申告書所属所受理年月日	所属所担当者