

(処理伺)

(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 | ㉞ 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 ○ ○ 市

| | | | | |
|-----------------|-------------------|----------------|--------------------------|--------------------|
| 所属所コード 3 3 3 | 組合員証番号 1 2 3 4 | 組合員氏名 共済 太郎 | 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 4 1 0 |
|-----------------|-------------------|----------------|--------------------------|--------------------|

| | | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------------|--|--------------|
| 被扶養者氏名 カナ キョウサイ ハナコ (姓と名の間は1文字あけて記入して下さい) 漢字 共済 花子 | 性別 2 | 生年月日 元号 3 △ △ 0 4 2 4 年 月 日 | 続柄 2 1 | 続柄 配偶者 |
| 個人番号(マイナンバー) | 配偶者のみ 4 3 2 1 0 9 8 7 6 5 | 基礎年金番号 | 同居・別居 同 別 | 扶養控除 有 無 |
| 認定・取消 (事由・年月日) | 年間所得推計額 円 0 | 職業 無職 | 資格喪失証明書の交付を希望 (取消時のみいずれかに○印) する しない | |
| 公費コード | 公費該当年月日 元号 年 月 日 | 公費不該当年月日 元号 年 月 日 | 国民年金第3号 該当 非該当 | 3号届提出 有 無 |
| 被扶養者の住所 〒 | | 申告の理由及び事実発生日 | | |
| フリガナ | | 令和△△年4月1日雇用保険受給終了のため | | |

| | | | | |
|---|---------------------|----------------------|--|--------------|
| 被扶養者氏名 カナ (姓と名の間は1文字あけて記入して下さい) 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 同 別 | 扶養控除 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) する しない | |
| 公費コード | 公費該当年月日 元号 年 月 日 | 公費不該当年月日 元号 年 月 日 | 国民年金第3号 該当 非該当 | 3号届提出 有 無 |
| 被扶養者の住所 〒 | | 申告の理由及び事実発生日 | | |
| フリガナ | | | | |

| | | | |
|------|--|--------|--|
| 申告者欄 | 上記のとおり申告します。 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 申告者 氏名 共済 太郎 | 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。 令和 △△ 年 4 月 10 日 職名 ○ ○ 市長 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 令和 △△ 年 4 月 10 日 | 所属所担当者 |
|---------------------------------|--------|