

(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 ㊦ 取消
2 任職	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
	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
-----------------	-------------------	----------------	--------------------------	-----------

被扶養者氏名 カナ キョウサイ イチロウ 漢字 共済 一郎	性別 1	生年月日 元号 4 △ △ 年 0 6 月 1 0 日	続柄コード 3 1	続柄 長男
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 <input type="radio"/> しない <input checked="" type="radio"/>	
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	配偶者のみ 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 就職したため		

被扶養者氏名 カナ キョウサイ ジロウ 漢字 共済 二郎	性別 1	生年月日 元号 4 △ △ 年 0 7 月 1 0 日	続柄コード 3 2	続柄 二男
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 <input checked="" type="radio"/> しない <input type="radio"/>	
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	配偶者のみ 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日雇用形態の変更により収入が基準額を超過したため		

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
---------------------------------	--------