

(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 <input type="radio"/> 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 |                          | 4 1 0     |

|  |                     |                                   |                              |              |
|--|---------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------|
| 被扶養者氏名<br>カナ<br>キョウサイ ハナコ<br>(姓と名の間は1文字あけて記入して下さい) | 性別<br>2             | 生年月日<br>元号 年 月 日<br>3 △ △ 0 4 2 4 | 続柄<br>コード<br>2 1             | 続柄<br>配偶者    |
| 漢字<br>共済 花子  | 個人番号(マイナンバー)        | 基礎年金番号<br>4 3 2 1 0 9 8 7 6 5     | 同居・別居<br>同 別                 | 扶養控除<br>有 無  |
| 認定・取消 (事由・年月日)                                     | 年間所得推計額 円           | 職業<br>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) |              |
| 事由 元号 年 月 日  |                     |                                   | する                           | しない          |
| 公費コード  | 公費該当年月日<br>元号 年 月 日 | 公費不該当年月日<br>元号 年 月 日              | 国民年金第3号<br>該当 非該当            | 3号届提出<br>有 無 |
|  |                     |                                   | 氏名・住所変更年月日<br>元号 年 月 日       |              |
| 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日死亡のため      |                                   |                              |              |

|                |                     |                      |                              |              |
|----------------|---------------------|----------------------|------------------------------|--------------|
| 被扶養者氏名<br>カナ   | 性別                  | 生年月日<br>元号 年 月 日     | 続柄<br>コード                    | 続柄           |
| 漢字             |                     |                      |                              |              |
| 個人番号(マイナンバー)   | 基礎年金番号              | 同居・別居<br>同 別         | 扶養控除<br>有 無                  | 扶養手当<br>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<br>元号 年 月 日 | 公費不該当年月日<br>元号 年 月 日 | 国民年金第3号<br>該当 非該当            | 3号届提出<br>有 無 |
|                |                     |                      | 氏名・住所変更年月日<br>元号 年 月 日       |              |
| 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。<br>群馬県市町村職員共済組合理事長 様<br>令和 △△ 年 4 月 10 日<br>住所 前橋市元総社町335-8<br>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。<br>令和 △△ 年 4 月 10 日<br>職名 ○ ○ 市長<br>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<br>令和△△年4月10日 | 所属所担当者 |
|---------------------------|--------|