

## 記入例 (認定)

※取消しの記入例は2ページ目

長	係長	係員

記帳	組員証	台帳

## 被扶養者申告書

組員	組員証 記号・番号	△△△ - △△△△	所属機関名	〇〇〇市		
	氏名	山口 共済 (昭平 △△年△△月△△日生)	標準報酬 月額	△△△,△△△ 円		
申告の区分		認定・取消し	<input type="checkbox"/> 資格喪失証明書希望			
対象者1	①氏名(ふりがな) やまぐち ふようはは		②生年月日 (62歳)	扶養手当※	給与事務担当 確認印	証返納
	山口 扶養母		昭平△△年 3月 25日	有 無	担当印	
	③性別	男 女	④続柄	母	⑤職業	なし
	⑦現住所 組員と同居・別居		⑧(別居住所) 〒△△△-△△△△ 福岡県〇〇市〇〇町△△△番地	別居の場合 必ず記入		⑥年間所得推計額
⑩認定または取消しの年月日および理由 平成△△年 4月 1日 平成△△年 3月 31日に対象者の夫が亡くなり、組員が扶養しているため				⑨(別居)仕送り額 毎月 10 万円		⑪個人番号(マイナンバー) 別紙「個人番号申告票」のとおりに
対象者2	①氏名(ふりがな) やまぐち ふようつま		②生年月日 (32歳)	扶養手当※	給与事務担当 確認印	証返納
	山口 扶養妻		昭平△△年 10月 10日	有 無	担当印	
	③性別	男 女	④続柄	妻	⑤職業	なし
	⑦現住所 組員と同居・別居		⑧(別居住所) 〒 -			⑥年間所得推計額
⑩認定または取消しの年月日および理由 平成△△年 4月 1日 平成△△年 3月 31日に退職し、無収入となったため				⑪個人番号(マイナンバー) 別紙「個人番号申告票」のとおりに		
対象者3	①氏名(ふりがな) やまぐち ふようこ		②生年月日 (0歳)	扶養手当※	給与事務担当 確認印	証返納
	山口 扶養子		昭平△△年 4月 1日	有 無	担当印	
	③性別	男 女	④続柄	長女	⑤職業	なし
	⑦現住所 組員と同居・別居		⑧(別居住所) 〒 -			⑥年間所得推計額
⑩認定または取消しの年月日および理由 平成△△年 4月 1日 出生のため (マイナンバーは後日提出)				個人番号未交付等で、 個人番号申告票の提出が 後日になる場合は、 その旨を記入してください		
所属所受付印		上記のとおり申告します。 山口県市町村職員共済組合 理事長様 平成△△年△△月△△日				
所属所受付印		組員住所	〇〇市〇〇町△△丁目△番 山共済アパート△△△号			
所属所受付印		氏名	山口 共済		共山 済口	

被扶養者として認定される事由が生じた日から30日以内に申告をしてください

30日以内に申告が行われなかったときは、所属所受付日からの被扶養者認定となります

(例)4月1日に子どもが生まれた場合

・4月30日までに所属所が申告書を受付た場合は、4月1日から被扶養者として認定

・所属所が申告書を5月1日以降に受付けた場合は、所属所受付日から被扶養者として認定

注1

注2

額

注3 取消しの申告をする場合で、資格喪失証明書が必要な場合は、「資格喪失証明書希望」欄のにチェックを入れてください。

注4 組員証の記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番号申告票」の添付に代えることができます。

※ 扶養手当の有無は共済事務担当者が記入のうえ、証明印を押してください。(認定の場合のみ必要)

記入例  
(取消し)

決裁	保険課長	係長	係員

記帳	組員証	台帳

## 被扶養者申告書

組員	組員証 記号・番号	△△△ - △△△△	所属機関名	〇〇〇市				
	氏名	山口 共済 (昭平 △△年△△月△△日生)	標準報酬 月額	△△△,△△△ 円				
申告の区分		認定・ <b>取消し</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 資格喪失証明書希望					
対象者1	①氏名(ふりがな)	やまぐち ふようはは	②生年月日	(62 歳) 昭平△△年 3 月 25 日	扶養手当* 有・無	給与事務担当 確認印*	証返納	
		山口 扶養母	③性別	男 女	④続柄	母	⑤職業	会社員
		⑥年間所得推計額	200 万円					
	⑦現住所	組員と同居・別居		⑧(別居住所) 〒△△△-△△△△	福岡県〇〇市〇〇町△△△番地			⑨(別居)仕送り額
⑩認定または取消しの年月日および理由						⑪個人番号(マイナンバー)		
平成△△年 5 月 5 日 就職のため						別紙「個人番号申告票」のとおりに		
対象者2	①氏名(ふりがな)	やまぐち ふようつま	②生年月日	(32 歳) 昭平△△年 10 月 10 日	扶養手当* 有・無	給与事務担当 確認印*	証返納	
		山口 扶養妻	③性別	男 女	④続柄	妻	⑤職業	なし
		⑥年間所得推計額	万円					
	⑦現住所	組員と同居・別居		⑧(別居住所) 〒	-			⑨(別居)仕送り額
⑩認定または取消しの年月日および理由						⑪個人番号(マイナンバー)		
平成△△年 5 月10 日 雇用保険失業給付を受給のため(日額4,000円)						別紙「個人番号申告票」のとおりに		
<p>取消しの申告では 「個人番号申告票」は提出不要です</p>								
<p>取消しの事由が生じた日以降、 速やかに取消しの申告をしてください</p>								
所属所受付印	上記のとおり申告します。 山口県市町村職員共済組合 理事長様 平成△△年△△月△△日 組合員 住所 〇〇市〇〇町△△丁目△番 氏名 山共済アパート△△△号 山口 共済							
共済組合受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成△△年△△月△△日 所属所長 職名 〇〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇							

注1 太枠内の欄に必要事項を記入してください。ただし、⑧および⑨欄は、⑦で別居となっている場合のみ記入してください。

注2 ⑥欄には、その者の恒常的な収入として見込まれる給与所得、年金所得、農業所得、不動産所得、利子所得、その他の所得の推計額を記入してください。⑩欄の理由は、具体的に詳しく書いてください。

注3 取消しの申告をする場合で、資格喪失証明書が必要な場合は、「資格喪失証明書希望」欄の□にチェックを入れてください。

注4 組員証の記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番号申告票」の添付に代えることができます。

※ 扶養手当の有無は共済事務担当者が記入のうえ、証明印を押してください。(認定の場合のみ必要)