

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 合 員	組員証 記号・番号	—	所属機関名		
	氏 名	(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 )		②生年月日 ( 歳) 昭・平 年 月 日		扶養手当※ 有・無
			③性別 男・女	④続柄	⑤職業
			⑥年間所得推計額 万円		給与事務担当 確認印※
					証返納
⑦現住所 組員と同居・別居		⑧(別居住所) 〒 —			⑨(別居)仕送り額 毎月 万円
⑩認定または取消しの年月日および理由 平成 年 月 日				⑪個人番号(マイナンバー) 別紙「個人番号申告票」のとおり	
対 象 者 2	①氏名(ふりがな )		②生年月日 ( 歳) 昭・平 年 月 日		扶養手当※ 有・無
			③性別 男・女	④続柄	⑤職業
			⑥年間所得推計額 万円		給与事務担当 確認印※
					証返納
⑦現住所 組員と同居・別居		⑧(別居住所) 〒 —			⑨(別居)仕送り額 毎月 万円
⑩認定または取消しの年月日および理由 平成 年 月 日				⑪個人番号(マイナンバー) 別紙「個人番号申告票」のとおり	
対 象 者 3	①氏名(ふりがな )		②生年月日 ( 歳) 昭・平 年 月 日		扶養手当※ 有・無
			③性別 男・女	④続柄	⑤職業
			⑥年間所得推計額 万円		給与事務担当 確認印※
					証返納
⑦現住所 組員と同居・別居		⑧(別居住所) 〒 —			⑨(別居)仕送り額 毎月 万円
⑩認定または取消しの年月日および理由 平成 年 月 日				⑪個人番号(マイナンバー) 別紙「個人番号申告票」のとおり	
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 組員 住所 氏名 ⑩				
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 氏名 ⑩				

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)