|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　裁 | 保険課長 | 係　長 | 係　員 |  | 記　帳 | 組合員証 | 台　帳2017.1 |
|  |  |  |  |  |

**被扶養者申告書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 組合員 | 組合員証記号・番号 | － | 所属機関名 |  |
| 氏　　名 | （　　　　　　　年　　　月　　　日生） | 標準報酬月　 　額 | 円 |
| 申告の区分 | 認　定 ・　取 消 し | □　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・令　　　年 月 日 | 扶養手当※有　・　無 | 給与事務担当確認印※ | 証返納 |
| ③性別男・女 | ④続柄 | ⑤職業 | ⑥年間所得推計額万円 |
| ⑦現住所組合員と 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　　　　　　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・令　　　年 月 日 | 扶養手当※有　・　無 | 給与事務担当確認印※ | 証返納 |
| ③性別男・女 | ④続柄 | ⑤職業 | ⑥年間所得推計額万円 |
| ⑦現住所組合員と 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　　　　　　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・令　　　年 月 日 | 扶養手当※有　・　無 | 給与事務担当確認印※ | 証返納 |
| ③性別男・女 | ④続柄 | ⑤職業 | ⑥年間所得推計額万円 |
| ⑦現住所組合員と 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　　　　　　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　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　組合員　住所氏名　　　　　　　　　　　　　 |
| 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。　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属所長　職名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　 |

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　組合員証の記号・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）