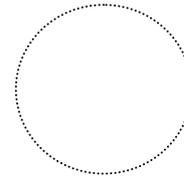


# 被扶養者申告書

所属所受付日印

(兼被扶養者資格喪失証明書交付申請書)



決裁	課長	係長	主任	副主任							
記号		番号		所属所名							
組合員氏名		昭平 年 月 日		標準報酬月額		円					
生年月日		昭平 年 月 日		現住所		給与事務担当者が記入扶養手当受給の有無		被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及びその理由		※判定及び理由	
認定(取消)を受けようとする者の氏名(フリガナ)		性別 続柄 「長男」「長女」等 「子」は不可		生年月日		職業		年間収入推計額		判定理由	
		男・女		昭平令 .							
個人番号											
<b>(□マイナンバーカードの健康保険証利用登録をしていないため「資格確認書」の交付を申請します。)</b>											
		男・女		昭平令 .							
個人番号											
<b>(□マイナンバーカードの健康保険証利用登録をしていないため「資格確認書」の交付を申請します。)</b>											
		男・女		昭平令 .							
個人番号											
<b>(□マイナンバーカードの健康保険証利用登録をしていないため「資格確認書」の交付を申請します。)</b>											
上記のとおり申告します。 (□被扶養者資格喪失証明書の交付を申請します。) 京都府市町村職員共済組合理事長様 令和 年 月 日 住所 申告者 氏名											
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名											

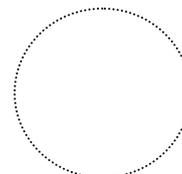
裏面の記入上の注意事項をご覧のうえご記入ください。

※印欄は記入しないでください。

共済組合受付日印

(注) 所属所は組合員が申告した日に必ず書類を受け付けて「所属所受付日印」を押印してください。

※	令和 年 月 日 認定 取消
	第3号 提出有 不要



## 記入上の注意事項

- 1 被扶養者の申告は、被扶養者として認定要件を備える事実が生じた日の翌日から 30 日以内に提出してください。  
(30 日以内に行われなかった場合は、その認定申告書を所属所が受理し確認した日からの認定となります。)  
「所属所受付日印の日」
- 2 被扶養者の認定を受ける場合は、個人番号を必ず記入してください。(被扶養者の取消の場合は記入不要です。)
- 3 「年間収入推計額」欄には、その者の恒常的な収入として見込まれる推計額を記入してください。
- 4 扶養の事実の発生(消滅)の理由は、「被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及びその理由」欄に具体的に詳しく書いてください。
- 5 扶養手当の支給を受けている者(申請中の者を含む)について認定を受けようとするときは、給与事務担当者が「〇月より有」と支給開始の月及び扶養手当の有無を記入してください。
- 6 「資格確認書」の交付を希望する被扶養者ごとに口に✓を記入してください。なお、マイナ保険証利用登録をされている場合は「資格確認書」の交付はできません。
- 7 取消申告と同時に被扶養者資格喪失証明書の交付を希望するときは、申告者欄中の口に☑を記入してください。
- 8 居住地市町村が実施する福祉医療に該当する者について被扶養者認定を受けようとする場合は、別途「公費負担医療制度該当者届」を提出してください。