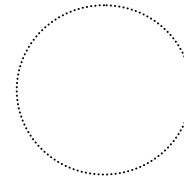


被扶養者申告書

所属所長受付日印

(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					
	組合員証		記号	所属所名					
		番号							
組合員氏名			標準報酬月額		円				
生年月日		昭平 年 月 日							
認定(取消)を受けようとする者の氏名(フリガナ)	性別	生年月日	職業	年間収入推計額	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に至った年月日及びその理由	※判定及び理由	
	続柄 「長男」「長女」等 「子」は不可							判定	理由
	男・女	昭平令 ・							
	男・女	昭平令 ・							
	男・女	昭平令 ・							
	男・女	昭平令 ・							
上記のとおり申告します。 (<input type="checkbox"/> 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									

- 「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。
- 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。なお、被扶養者の取消しを受けようとする者が高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の規定による障害の認定を受けている場合には、当該欄にその者に係る被保険者証に記載された資格取得年月日及び有効期限を記入してください。
- 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。
- 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。
- 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、申告者欄中のにを記入してください。
- 所属所は組合員が申告した日に必ず書類を受付けて「所属所長受付日印」を押印してください。
- ※印欄は記入しないでください。

※	令和 年 月 日 認定 取消		
	第3号	提出有	不要