

被扶養者申告書（認定・取消・変更・引続）

この申告書の記載に当たっては、2枚目裏面の説明をお読みください。

										決裁年月日							入力処理		証交付		他の申告状況						
										課長	課長補佐	係長	主査	係	確認	入力					新規						
																				転入							
																				住氏変更							
組合員証		記号番号(右づめ)			組合員氏名			生年月日			所属所名			組合員資格取得日			給料月額			額							
								大・T 昭・S 平・H	年	月	日				昭・S 平・H	年	月	日	級	号	円						
配偶者の基礎年金番号					-			国民年金第3号被保険者			該当・不該当		区分	年		月	日	手帳の添付	有	証回収	被扶養者証・高齢証						
被扶養者氏名		フリガナ			生年月日			性別	続柄	現在の職業			年間収入推計額(円)			家族別	組合員と(同居・別居)			申告事由発生日							
					明・M 大・T 昭・S 平・H	年	月	日	男・1 女・2							別居先	〒 -			認定・取消 変更・引続		年	月	日			
扶養手当の受給の有無		扶養手当の受給が無の理由			給与事務担当者証明印			税法上の扶養控除申告の有無			雇用保険制度加入の有無			年金受給の有無			医療費助成制度の適用の有無			発生理由							
有・無					㊦			有・無			有・無			有・無			高齢受給者該当			有・無			適用有の場合は、該当するものに○印をつけてください。				
														該当年月			年	月	重度心身障がい者医療費助成制度		別紙様式第31号(給付用)を添付してください。		判定	認定1・取消2 変更4・引続4	年	月	日
被扶養者氏名		フリガナ			生年月日			性別	続柄	現在の職業			年間収入推計額(円)			家族別	組合員と(同居・別居)			申告事由発生日							
					明・M 大・T 昭・S 平・H	年	月	日	男・1 女・2							別居先	〒 -			認定・取消 変更・引続		年	月	日			
扶養手当の受給の有無		扶養手当の受給が無の理由			給与事務担当者証明印			税法上の扶養控除申告の有無			雇用保険制度加入の有無			年金受給の有無			医療費助成制度の適用の有無			発生理由							
有・無					㊦			有・無			有・無			有・無			高齢受給者該当			有・無			適用有の場合は、該当するものに○印をつけてください。				
														該当年月			年	月	重度心身障がい者医療費助成制度		別紙様式第31号(給付用)を添付してください。		判定	認定1・取消2 変更4・引続4	年	月	日
被扶養者氏名		フリガナ			生年月日			性別	続柄	現在の職業			年間収入推計額(円)			家族別	組合員と(同居・別居)			申告事由発生日							
					明・M 大・T 昭・S 平・H	年	月	日	男・1 女・2							別居先	〒 -			認定・取消 変更・引続		年	月	日			
扶養手当の受給の有無		扶養手当の受給が無の理由			給与事務担当者証明印			税法上の扶養控除申告の有無			雇用保険制度加入の有無			年金受給の有無			医療費助成制度の適用の有無			発生理由							
有・無					㊦			有・無			有・無			有・無			高齢受給者該当			有・無			適用有の場合は、該当するものに○印をつけてください。				
														該当年月			年	月	重度心身障がい者医療費助成制度		別紙様式第31号(給付用)を添付してください。		判定	認定1・取消2 変更4・引続4	年	月	日
上記のとおり申告します。										上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。										共済組合受付							
岐阜県市町村職員共済組合理事長様										平成 年 月 日																	
住所																											
申告者氏名										所属所長																	

この欄は、配偶者の認定時のみ記入してください。

記載上の注意事項

※網掛欄は記入しないでください。

記 入 区 分	記 入 要 領
配偶者の基礎年金番号	20歳以上の配偶者を認定申告する場合は必ず記入してください。
被扶養者氏名（フリガナ）	正確に記入してください。 続柄は、共済システムの管理上、「子」は「長男・長女」、「父母」は「実父・養母・義母」と記入してください。
生 年 月 日	
性 別	
続 柄	
現在の職業	無職・パート・会社員等を記入してください。（収入がない場合は無職と記入してください。） 学生については、小学生・中学生・高校生・大学生等のように記入してください。
卒業予定	高卒以降の学生については、卒業予定の年月を記入してください。
年間収入推計額	恒常的な収入として今後見込まれるすべての収入の合計額を記入してください。
現 住 所	組合員と（同居・別居）のいずれかに○印をつけ、別居の場合は住所を記入してください。
申告事由発生年月日 及び発生理由	認定・取消・変更・引続のいずれかに○印をつけ、事由発生年月日及び発生理由を記入してください。 （例）認定申告の場合：出産・婚姻・離職・同居・収入の減少・雇用保険の受給満了等 取消申告の場合：死亡・離婚・就職・別居・収入の増加・雇用保険の受給開始等
扶養手当の受給の有無	認定または引続の申告をする場合は、扶養手当の受給について給与事務担当の方に記入・押印を依頼してください。 給与事務担当の方は、扶養手当の受給の有無にかかわらず押印をしてください。
扶養手当の受給が無の理由	
給与事務担当者証明印	
雇用保険制度加入の有無	過去4年間に加入があるときは有に、未加入のときは無に○印をしてください。
年金受給の有無	老齢・遺族・障害年金や恩給等の受給があるときは有に、受給がないときは無に○印をしてください。
高齢受給者該当	70歳以上75歳未満の者については、高齢受給者の欄に○印をつけてください。
医療費助成制度の適用の有無	認定を受けようとする者が、在住市町村にて <u>重度心身障がい者</u> の医療費助成又は <u>母子家庭</u> 医療費助成の適用を受け福祉医療費受給者証等を交付されている方は、当該欄のいずれか該当するものに○印をつけ『別紙様式第31号（給付用）他法令適用申告書』を添付してください。