

共済組合受付欄

決裁	審査		係
局長	課長	係長	
課長 専決			

被扶養者申告書

所属所名		組合員証 記号 - 番号	-	組合員氏名	
資格喪失証明書交付	必要 <input type="checkbox"/>				

個人番号※											※取消の場合は記入しないでください。								
被扶養者1	フリガナ											生年月日	昭和	年	月	日			
	氏名												平成	年	月	日			
	続柄			性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	職業				年間収入 見込額	円	扶養手当	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>				
	別居所 <small>※組合員と同居の場合不要</small>	郵便番号	〒 -										医療費 助成制度	ひとり親	<input type="checkbox"/>				
		フリガナ												重度心身障害者	<input type="checkbox"/>				
住所											申告理由				事実発生日	令和	年	月	日
共済組合使用欄		認定・取消		年			月		日		証回収		済・亡失						

個人番号※											※取消の場合は記入しないでください。								
被扶養者2	フリガナ											生年月日	昭和	年	月	日			
	氏名												平成	年	月	日			
	続柄			性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	職業				年間収入 見込額	円	扶養手当	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>				
	別居所 <small>※組合員と同居の場合不要</small>	郵便番号	〒 -										医療費 助成制度	ひとり親	<input type="checkbox"/>				
		フリガナ												重度心身障害者	<input type="checkbox"/>				
住所											申告理由				事実発生日	令和	年	月	日
共済組合使用欄		認定・取消		年			月		日		証回収		済・亡失						

個人番号※											※取消の場合は記入しないでください。								
被扶養者3	フリガナ											生年月日	昭和	年	月	日			
	氏名												平成	年	月	日			
	続柄			性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	職業				年間収入 見込額	円	扶養手当	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>				
	別居所 <small>※組合員と同居の場合不要</small>	郵便番号	〒 -										医療費 助成制度	ひとり親	<input type="checkbox"/>				
		フリガナ												重度心身障害者	<input type="checkbox"/>				
住所											申告理由				事実発生日	令和	年	月	日
共済組合使用欄		認定・取消		年			月		日		証回収		済・亡失						

共同扶養者となる配偶者	有 (離婚含む) <input type="checkbox"/>	氏名	年間収入 見込額	扶養手当「無」の場合、 収入超過者課税必要	健康 保険	社保 <input type="checkbox"/>	国保 <input type="checkbox"/>
	無 (死亡等) <input type="checkbox"/>						

上記のとおり報告します。 鹿児島県市町村職員共済組合理事長 殿	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	令和 年 月 日
組合員氏名	職名
住所	所属所長 氏名

- ・「年間収入見込額」欄は、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労収入、資産収入、その他の収入の見込額を記入してください。
- ・「続柄」欄は「長男」、「次女」等で記入してください。
- ・「扶養手当」欄は必ず給与事務担当者が確認のうえ記入してください。
- ・配偶者が組合員の被扶養者の場合、「共同扶養者となる配偶者」欄の記入は不要です。
- ・ひとり親家庭又は重度心身障害者医療費助成を市町村から受けている方は、別途「ひとり親家庭又は重度心身障害者の医療費受給資格者証等の写し」を添えてください。