

申請する項目に「○」を付してください。

被扶養者申告書（認定・取消・変更・引続）

※有・無のいずれかに「○」を附し、申告書の記入については、1枚目又は裏面の「記載上の注意事項」をお読みください。

※ 網掛欄は記入しないでください。

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	
										住所氏名変更	
										種別変更	

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
				昭・S 平・H		昭・S 平・H 令・R	

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	被扶養者証の回収	有 無	高齢受給者証の回収	有 無
------------	-------------	--------	----	----------	-----	-----------	-----

この欄は、配偶者の認定時のみ記入してください

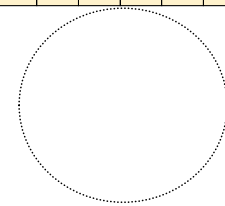
被扶養者氏名	フカナ	生年月日	性別	続柄	現在の職業	年間収入推計額(円)	家族種別	申告者の居住地について	申告事由発生日
		昭・S 平・H 令・R	男・1 女・2					申告者の居住地について	認定・取消 変更・引続
個人番号(マイナンバー)					卒業予定	取消予定		組合員及び申告者の住所等については「扶養の実態に関する申出書」に記入してください。	
扶養手当の受給の有無	扶養手当の受給が無の理由	給与事務担当者証明印	税法上の扶養控除申告の有無	雇用保険制度加入の有無	年金受給の有無	該当する場合は○印をつけてください。	医療費助成制度の適用の有無等	適用有の場合は該当するものに○印をつけてください。【別紙様式31号】(給付用)を添付	発生理由
有・無		㊟	有・無	有・無	有・無		有・無		判定
						高齢受給者該当		重度心身障がい者医療費助成制度	認定1・取消2 変更3・引続4
						国内居住要件の例外に該当		母子家庭医療費助成制度	

被扶養者氏名	フカナ	生年月日	性別	続柄	現在の職業	年間収入推計額(円)	家族種別	申告者の居住地について	申告事由発生日
		昭・S 平・H 令・R	男・1 女・2					申告者の居住地について	認定・取消 変更・引続
個人番号(マイナンバー)					卒業予定	取消予定		組合員及び申告者の住所等については「扶養の実態に関する申出書」に記入してください。	
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	該当する場合は○印をつけてください。	医療費助成制度の適用の有無等	適用有の場合は該当するものに○印をつけてください。【別紙様式31号】(給付用)を添付	発生理由
有・無		㊟	有・無	有・無	有・無		有・無		判定
						高齢受給者該当		重度心身障がい者医療費助成制度	認定1・取消2 変更3・引続4
						国内居住要件の例外に該当		母子家庭医療費助成制度	

被扶養者氏名	フカナ	生年月日	性別	続柄	現在の職業	年間収入推計額(円)	家族種別	申告者の居住地について	申告事由発生日
		昭・S 平・H 令・R	男・1 女・2					申告者の居住地について	認定・取消 変更・引続
個人番号(マイナンバー)					卒業予定	取消予定		組合員及び申告者の住所等については「扶養の実態に関する申出書」に記入してください。	
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	該当する場合は○印をつけてください。	医療費助成制度の適用の有無等	適用有の場合は該当するものに○印をつけてください。【別紙様式31号】(給付用)を添付	発生理由
有・無		㊟	有・無	有・無	有・無		有・無		判定
						高齢受給者該当		重度心身障がい者医療費助成制度	認定1・取消2 変更3・引続4
						国内居住要件の例外に該当		母子家庭医療費助成制度	

上記のとおり申告します。
 岐阜県市町村職員共済組合理事長 様
 令和 年 月 日
 住民票の住所
 申告者
 氏名

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。
 令和 年 月 日
 所属所長



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、子については「長男・長女・養子」等、父母については「実母・養母・義母」等と記入してください。
生 年 月 日	
性 別	
続 柄	
個人番号（マイナンバー）	「認定」申告する場合は、個人番号（マイナンバー）を必ず記入してください。（※）
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。
申告者の居住地	住民票の住所及び実際の居住地については、「扶養の実態に関する申出書」に記入してください。
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・離婚・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者の方に記入・押印を依頼してください。 給与事務担当者の方は、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○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○印をつけてください。
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。
国内居住要件の例外に該当	外国に一時的に留学する学生、外国に赴任する組合員に同行する家族等の一時的な海外渡航など、日本国内に住所のない方は○印をつけ、様式「扶養の実態に関する申立書」に事情を詳しくご記入ください。
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 重度心身障がい者の医療費助成 又は 母子家庭医療費助成 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）他方令適用申告書』を添付してください。

(※)個人番号(マイナンバー)について:出生の子にかかる認定申告の際、個人番号の通知書がご自宅へ届いていないために当申告書に記載ができず認定申告が遅れそうな場合は、共済事務担当課にご相談ください。