

被扶養者申告書

この申告書は、必ず、申告事由の発生した日から30日以内に提出してください。

所属所名	組合員証記号番号	組合員氏名	生年月日	配偶者の有無	直近の源泉徴収票に記載された支払金額
	-		昭和 平成 年 月 日	有・無	円

認定、取消又は更新手続きをする者に関する事項

①被扶養者氏名	②性別	③生年月日	④続柄	⑤住所	⑥職業及び年間収入推計	⑦年金受給の有無	⑧卒業予定	⑨医療費助成受給の有無			
フリガナ	男・女	昭和 平成 年 月 日 令和		同居 別居	〈職業〉	有・無	令和 年 月	無 有	1.母子家庭等の医療費等の助成に関する条例 2.重度心身障害者医療費等の助成に関する条例 3.乳幼児医療費等の助成に関する条例(子が県外在住) 4.その他の医療費助成()		
		〈年間収入推計額〉			〈年額〉						
⑩申告事由	⑪申告事由発生日	⑫申告事由発生日	⑬健康保険の加入状況		※給与事務担当者記入欄		※共済組合使用欄		高年齢受診券	入力	発行
認定 取消 更新	令和 年 月 日		1.健康保険(共済) 2.国民健康保険 3.任継 4.未加入		扶養手当	扶養手当の支給がない理由	有・無		認定 喪失 更新	3号 離職票	
⑭個人番号(認定の場合のみ記入)											

①被扶養者氏名	②性別	③生年月日	④続柄	⑤住所	⑥職業及び年間収入推計	⑦年金受給の有無	⑧卒業予定	⑨医療費助成受給の有無			
フリガナ	男・女	昭和 平成 年 月 日 令和		同居 別居	〈職業〉	有・無	令和 年 月	無 有	1.母子家庭等の医療費等の助成に関する条例 2.重度心身障害者医療費等の助成に関する条例 3.乳幼児医療費等の助成に関する条例(子が県外在住) 4.その他の医療費助成()		
		〈年間収入推計額〉			〈年額〉						
⑩申告事由	⑪申告事由発生日	⑫申告事由発生日	⑬健康保険の加入状況		※給与事務担当者記入欄		※共済組合使用欄		高年齢受診券	入力	発行
認定 取消 更新	令和 年 月 日		1.健康保険(共済) 2.国民健康保険 3.任継 4.未加入		扶養手当	扶養手当の支給がない理由	有・無		認定 喪失 更新	3号 離職票	
⑭個人番号(認定の場合のみ記入)											

⑮ 生計維持に関する申立事項(組合員と認定・更新を受けようとする者との生計関係を詳細に記入してください。)

⑯ 家族の状況(家族全員について必ず記入してください。)

氏名	年齢	続柄	住所	年金	職業	収入額(推計)
			同・別	有・無		円
			同・別	有・無		円
			同・別	有・無		円
			同・別	有・無		円

上記のとおり申告します。 なお、今後提出を求められた書類については、速やかに提出いたします。 福井県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 (自署の場合、押印は不要です。)	上記の事項は真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 印	受付
---	--	----