

受付
〇〇.〇〇.〇〇
〇〇市

被扶養者申告書

組合員証 記号番号	〇〇〇 — 〇〇〇	所属機関 の名称	〇〇市
組合員氏名	共済 太郎	組合員種別	一般
生年月日	平成 〇〇年 〇月 〇日	標準報酬	短期 〇〇等級 〇〇〇 千円

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	続柄	職業	年間所得 (収入) 推計額 (注1)	現住所	国内居住要件 の例外について	扶養手当 受給の有無	被扶養者の要件 を備え又は欠く に至った年月日 及びその理由	※判定及び 理由
キョウサイ ハナコ 共済 花子	男・女 Ⓜ	H 〇 . 〇 . 〇	妻	主婦	〇	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 広島県 〇〇市 〇〇町 〇〇	該当 ・ 非該当	有 ・ 無	令和〇年〇月〇 日付け退職によ り無職無収入に なったため	
	男・女	.				〒 —	該当 ・ 非該当	有 ・ 無		
	男・女	.				〒 —	該当 ・ 非該当	有 ・ 無		

◎認定対象者が、次に該当する場合は、公費負担受給(開始・停止)報告書を提出してください。

1 重度心身障害者医療費助成条例	4 愛媛県以外の都道府県又は市区町村が実施する子ども医療費助成条例
2 ひとり親家庭医療費助成条例	5 愛媛県内の子ども医療費助成条例(該当者が組合員と別居の場合)
3 心身障害者医療費給付条例	6 その他の医療費助成条例

上記のとおり申告します。

愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿

令和 〇年 〇月 〇日

住所 愛媛県 〇〇 市 〇〇 町 〇〇

申告者 氏名 共済 太郎

扶養手当受給の有無について確認しました。
(給与事務担当者が必ず□に✓を付してください。)

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 〇年 〇月 〇日

職名 〇〇市長

所属所長 氏名 〇〇 〇〇

課長	係長	主査	係	係
----	----	----	---	---

注1 被扶養者認定における「所得」とは、所得税法上の課税される所得をさすものではなく、被扶養者として認定しようとする者の現在及び将来にわたって恒常的に取得できると見込まれる年間の収入総額をいいます。

2 扶養事実の発生(消滅)の理由は、「被扶養者の要件を備え又は欠く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、被扶養者の認定(取消)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。

3 日本国内に住所がない者について認定を受けようとするときは、地方公務員等共済組合法施行規程第2条の2第2項各号に定める国内居住要件の例外に該当することを証する書類等を添付してください。

4 所属所受付印欄には、本人から申告書が提出された日の受付印を押印してください。

5 ※印欄は記入しないでください。