

被扶養者の取消(社会保険に加入)

課長	課長補佐	主幹・係長	係	交付	入力日

被扶養者申告書

注1) 申告事由の該当事項を○で囲んでください。

注2) 漢字、カタカナ、数字等は、はっきりと記入してください。(☐ 欄は記入しないでください。)

申告事由

☒ ア 被扶養者申告

a 認定

☒ b 取消

イ 被扶養者訂正(変更)申告

a 氏名(フリガナ含む)

b 生年月日

c 続柄

d 性別

e 住所

f その他()

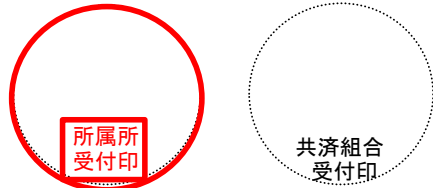
ウ 被扶養者継続認定

所属所コード	組合員番号(右づめ)	所属所名	組合員氏名	基本給
〇〇〇	〇〇〇〇〇〇	〇〇市	共済 太郎	級 号 円

続柄コード					認定事由コード					取消事由コード				
01父	05義父	30長男	40長女	62弟	11組合員資格取得	15所得の減少	32死亡	36失業保険の受給						
02母	06義母	31二男	41二女	64妹	12出生	16失業保険の満了	33離婚	37別居						
03養父	20夫	32三男	42三女	66兄	13婚姻	17同居	34就職	39その他						
04養母	21妻	33四男	43四女	68姉	14無職・無収入	19その他	35所得の増加							

被扶養者氏名(上段フリガナ)					生年月日					性別	続柄	長男	高齢受給者証該当(有・無)																
キョウサイ					イチロウ					元号	年	月	日	1男	コード	30	年間収入推計額												
共済					一郎					3 昭和	〇	〇	〇	〇	〇	〇													
										4 平成	〇	〇	〇	〇	〇	〇													
										5 令和																			
認定・取消(事由・年月日)					申告の理由					同居・別居		扶養手当		扶養控除		確認者氏名													
事由 元号 年 月 日										同 別		有 無		有 無															
3 4 5 〇 〇 4 1					令和〇〇年4月1日就職のため					同 別		有 無		有 無															
組合員と別居の場合の住所(上段フリガナ)										別居住所を記入																			
〒 -										基礎年金番号(配偶者のみ)										個人番号(マイナンバー)									
市区町村																													
取消予定年月日					家族種別					回収					備考										資格確認書発行要否				
元号 年 月 日					有 無					有 無					配偶者は、 ☐ 被扶養者 ☐ 組合員(-)										☐ 発行が必要				
5															☐ 認定日は所属所受付日 第3号 年 月 日														

被扶養者氏名(上段フリガナ)					生年月日					性別	続柄	高齢受給者証該当(有・無)																	
										元号	年	月	日	1男	コード	年間収入推計額													
										3 昭和																			
										4 平成																			
										5 令和																			
認定・取消(事由・年月日)					申告の理由					同居・別居		扶養手当		扶養控除		確認者氏名													
事由 元号 年 月 日										同 別		有 無		有 無															
5										同 別		有 無		有 無															
組合員と別居の場合の住所(上段フリガナ)										別居住所を記入																			
〒 -										基礎年金番号(配偶者のみ)										個人番号(マイナンバー)									
市区町村																													
取消予定年月日					家族種別					回収					備考										資格確認書発行要否				
元号 年 月 日					有 無					有 無					上記のとおり申告します。										☐ 発行が必要				
5															静岡県市町村職員共済組合理事長 様														
															令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日														
															住所 〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇マンション401														
															氏名 共済 太郎														



* 基礎年金番号・個人番号(マイナンバー)に記入誤りがある場合、厚生年金記録との情報交換ができなくなるため、基礎年金番号通知書や個人番号(マイナンバー)カードを確認のうえ記入してください。

添付書類

- 資格確認書(発行されている場合)
- 被保険者資格確認ができる書類(資格情報通知書(写)、マイナポータルによる自身の資格情報画面のハードコピー、資格確認書(写)、事業所が発行する資格取得証明書(写)) ※その他、必要に応じて添付

*資格確認書の発行が必要な場合(※)は「☐発行が必要」にチェックを入れてください。

※以下に該当する場合には限りません。
・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
・マイナンバーを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

申告者欄	上記のとおり申告します。 静岡県市町村職員共済組合理事長 様 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 住所 〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇マンション401 申告者 氏名 共済 太郎
所属所確認欄	上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。 静岡県市町村職員共済組合理事長 様 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 職名 〇〇 市長 所属所長 氏名 〇〇 〇〇