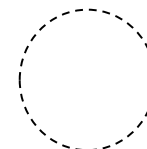


被扶養者申告書



所属コード	組合員証番号	組合員氏名	組合員生年月日
99999	00000	共済 太郎	昭和 平成 令和 〇〇年 11月 11日

所属所受付印

認定(取消)を受けようとする者	認定・取消の別	姓	名	生年月日			職業	年間収入推計額					
	<input checked="" type="radio"/> 認定 <input type="radio"/> 取消	(フリガナ) キョウサイ	ハナコ	年号 コード	年	月	日	〇〇スーパー店員 (パートタイマー)	840,000 円				
	性別 コード	続柄 コード	(配偶者の場合に記入) 基礎年金番号		※認定(取消)年月日			※国年3号該当(非該当)年月日		扶養手当受給の有無			
	2	02	9876543210	年号 コード	年	月	日	年号 コード	年	月	日	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 該当する方に	
	同居・別居の別		現住所				住民票上の住所						
	<input type="radio"/> 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居		(別居の場合に記入) 〒 999 - 9999 ××市××町××-××				〒 888 - 8888 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇						
	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									給与事務担当者証明印			
	令和 〇〇年 〇月 〇〇日									地方職員共済組合からの転入のため		※被扶養者配偶者(20歳以上60歳未満)がいる場合は、国民年金第3号被保険者の届出が必要です。	<input type="radio"/> 印

上記のとおり申告します。

公立学校共済組合秋田支部長 様

令和〇〇年〇月〇〇日

住所 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇

申告者

フリガナ
氏名

キョウサイ タロウ
共済 太郎

事実発生日から30日以内に申告してください。超過すると所属所の受付日からの認定となります。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和〇〇年〇月〇〇日

〒 000 - 0000 (電話番号) 000 - 000 - 0000

所属所所在地

所属所名

所属所長職氏名

〇〇市〇〇町××-××

〇〇小学校

校長 〇〇〇〇

職
印

