



事務局長	課長	課員

## 被扶養者申告書

組合員等 記号・番号	—	所属機関名	
組合員氏名	生年月日	元号	年 月 日生
認定（取消）を 受けようとする の氏名	性別	生年月日	住民票上の住所
	続柄	組合員との同居の別	現住所 (住民票上の住所と異なる場合に記載)
フリガナ			職業
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		年間収入額
被扶養者① 個人番号			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
			※1 扶養手当の有無
			有・無
			※2 判定及び認定・取消年月日
フリガナ			
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
被扶養者② 個人番号			
			有・無
			※2 判定及び認定・取消年月日
フリガナ			
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
被扶養者③ 個人番号			
			有・無
			※2 判定及び認定・取消年月日

上記のとおり申告します。 ※3 被扶養者（ ）について、資格喪失証明書の交付を希望します。

香川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

---

上記の記載事項は事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

- 認定に係る被扶養者申告書は、被扶養者の要件を備えた日から5日以内に所属所を経由して共済組合へ提出してください。なお、所属所においては、申告書が提出された日の受付印を「所属所受付印」欄に押印してください。
- 「年間収入推計額」欄には、所得税法上の所得金額ではなく、年間における恒常的な収入として見込まれる各種所得の総収入金額（必要経費等を控除する前の金額）及び年金（障害、遺族を含む。）扶助料等の合算額を記入してください。
- 被扶養者の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た65歳以上75歳未満の後期高齢者医療の被保険者である場合は、「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、後期高齢者医療資格確認書等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。
- 「※1 扶養手当の有無」欄は給与事務担当者が記入してください。
- 「※2 判定及び認定・取消年月日」欄は、記載しないでください。
- 被扶養者の取消時に資格喪失証明書が必要な場合は、※3の□に✓を付してください。

保有の有無		発行日
有	無	/