

被扶養者認定申請に係る社会保険等適用状況報告書

認定を受ける者の氏名		生年月日		元号 年 月 日			
退職した会社等	退職年月日	令和 年 月 日					
	名称						
	所在地	電話番号 — —					
健康保険の給付格	区分	給付の有無	給付の期間		金額	摘要	
	種別	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	令和 年 月 ~ 令和 年 月		円		
	継続療養の給付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	令和 年 月 ~ 令和 年 月				
	傷病手当金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	令和 年 月 ~ 令和 年 月				
出産手当金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	令和 年 月 ~ 令和 年 月					
雇用保険の失業給付	区分	給付の有無	給付制限期間の有無	受給開始年月日		金額	摘要
	種別	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	令和 年 月 日		円	
	基本手当	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	理由	<input type="checkbox"/> 受給資格がないため <input type="checkbox"/> 求職の申込を行わないため <input type="checkbox"/> 病気・出産等により受給期間の延長申請を行なったため <input type="checkbox"/> その他 ()			
公的年金	年金受給の有無	年金の名称	証書記号番号	受給権発生年月日		年金受給額	摘要
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			年 月 日		円	
<p>上記のとおり報告します。</p> <p style="text-align: center;">香川縣市町村職員共済組合事務局長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合員等記号・番号 —</p> <p style="text-align: center;">組合員氏名</p>							

- 1 この報告書は、被扶養者の認定申請理由がその者の退職によるものである場合に提出してください。
- 2 この報告書には、退職したことを明らかにする書類の写しを添付してください。
- 3 該当する選択肢に、✓を付してください。