

下記のとおり確認決定する 年 月 日	課長	課長補佐	主幹	G L	担当	合議	公印使用承認印

## 被 扶 養 者 申 告 書

組合員 記号番号	所属所記号	番号	所属機関名
組合員氏名			
生年月日			資格喪失証明書 交付希望 <input type="checkbox"/> 有
			情報連携希望 <input type="checkbox"/> 有

認定（取消）を受けようとする者の氏名	個人番号				年間所得 推計額	現 住 所		扶養手当 受給の 有無	給与事務 担当者 確認	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	
	性別	続柄	生年月日	職業							判定	理由
フリガナ						フリガナ		有・無	<input type="checkbox"/>			
フリガナ						フリガナ		有・無	<input type="checkbox"/>			
フリガナ						フリガナ		有・無	<input type="checkbox"/>			

上記のとおり申告します。

滋賀県市町村職員共済組合理事長 殿

年 月 日

申告者

住 所

氏 名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

所属所長

職 名

氏 名

共済組合受付印

- 「年間所得推計額」欄には、その者の恒常的な収入として見込まれる給与、事業、不動産及びその他の所得の推計額を記入してください。
- 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」欄に具体的に記入してください。  
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。
- 認定を受けようとするときは、給与事務担当者が「扶養手当受給の有無」欄を記載し、「給与事務担当者確認」欄の□に✓を付してから提出してください。
- ※印欄は記入しないでください。