

被扶養者 認定区分変更届

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

組合員の 記号・番号	記号	1	番号	1	2	3	4	5	6	組合員氏名	共 済 次 郎	
所 属 名	〇〇局〇〇部〇〇課									電 話	内線〇〇〇〇	

認定区分の変更対象となる組合員被扶養者(家族)						給与担当課 記入欄※	共済組合 記入欄※
フリガナ	組 合 員 との続柄	生 年 月 日	性 別	申請する 認定区分 いずれかに☑を 入れてください。	扶養手当 受給の有無	認定区分	
キョウサイ サブロウ 共 済 三 郎		昭和 平成 25年 5 月 10日 令和	男 女	<input type="checkbox"/> 普通認定 <input checked="" type="checkbox"/> 特別認定 <input type="checkbox"/> 障害認定	平成・令和 より	年 月 支給 廃止	<input type="checkbox"/> 普通認定 <input type="checkbox"/> 特別認定 <input type="checkbox"/> 障害認定
		昭和 平成 年 月 日 令和	男・女	<input type="checkbox"/> 普通認定 <input type="checkbox"/> 特別認定 <input type="checkbox"/> 障害認定	平成・令和 より	年 月 支給 廃止	<input type="checkbox"/> 普通認定 <input type="checkbox"/> 特別認定 <input type="checkbox"/> 障害認定
		昭和 平成 年 月 日 令和	男・女	<input type="checkbox"/> 普通認定 <input type="checkbox"/> 特別認定 <input type="checkbox"/> 障害認定	平成・令和 より	年 月 支給 廃止	<input type="checkbox"/> 普通認定 <input type="checkbox"/> 特別認定 <input type="checkbox"/> 障害認定
		昭和 平成 年 月 日 令和	男・女	<input type="checkbox"/> 普通認定 <input type="checkbox"/> 特別認定 <input type="checkbox"/> 障害認定	平成・令和 より	年 月 支給 廃止	<input type="checkbox"/> 普通認定 <input type="checkbox"/> 特別認定 <input type="checkbox"/> 障害認定
		昭和 平成 年 月 日 令和	男・女	<input type="checkbox"/> 普通認定 <input type="checkbox"/> 特別認定 <input type="checkbox"/> 障害認定	平成・令和 より	年 月 支給 廃止	<input type="checkbox"/> 普通認定 <input type="checkbox"/> 特別認定 <input type="checkbox"/> 障害認定

上記のとおり認定区分を変更のうえ、引き続き組合員被扶養者として認定していただきますよう届け出ます。

令和 6 年 12 月 2 日

組合員氏名

共 済 次 郎

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 6 年 12 月 2 日

補職名

〇〇局〇〇部〇〇課長

所属所長

氏 名

〇 〇 〇 〇

《提出にあたっての注意事項》

- この届出書は、既に組合員被扶養者として認定されている者の認定区分を変更する場合に提出してください。
- 特別認定は、生計の維持を確認するため毎年1回更新の手続を行うことが、認定の条件となります。
- 新たな組合員被扶養者の認定は、「被扶養者申告書(増・減)」(様式3-3)で申請してください。
- ※印欄は記入しないでください。

給与担当課受付印	共済組合受付印

共 済 組 合 事 務 処 理 欄		
事務局長	医療係長	係
伺		