

被扶養者申告書 (増・減)

神戸市職員共済組合理事長 宛

共済組合事務処理欄			
標準報酬月額が不明な場合は空欄で結構です。			

組合員の記号・番号	記号 1	番号 1	2	3	4	5	6	所属名	〇〇局〇〇課
-----------	------	------	---	---	---	---	---	-----	--------

組合員氏名	共済 太郎	組合員の生年月日	昭和 平成 57年 1月 1日	標準報酬月額	〇〇等級 〇〇〇, 〇〇〇円
-------	-------	----------	-----------------	--------	----------------

組合員種別 (該当に○)	<input checked="" type="checkbox"/> 一般職員 <input type="checkbox"/> 任期付職員(7ヵ月・短時間) <input type="checkbox"/> 再任用職員(7ヵ月・短時間) <input type="checkbox"/> 会計年度任用職員 <input type="checkbox"/> その他特別職 <input type="checkbox"/> 病院機構職員
--------------	--

フリガナ	性別	続柄	生年月日	職業	年間所得推計額	住所	異動年月日及び理由	※給与担当課記入欄	※共済組合記入欄		
被扶養者氏名	男	母	昭和 平成 29年 2月 16日	—	1,492,000	〒650-8570 神戸市〇〇区〇〇町	令和 6年 12月 2日 (増) 採用	扶養手当受給の有無	判定	備考	認定区分
キョウサイ サキミ	男	母	昭和 平成 29年 2月 16日	—	1,492,000	〒650-8570 神戸市〇〇区〇〇町	(増) 採用	令和 年 月 日	令和 年 月 日		普通
共済 咲美	女	母	平成 29年 2月 16日	—	1,492,000	〒650-8570 神戸市〇〇区〇〇町	(減) 就職・所得増・結婚・死亡・扶養者変更・離婚・後期高齢・勤務先で社会保険加入・その他	支給	認定・取消		特別
個人番号(必須)	1	2	3	4	5	6	7	8			

個人番号を必ず記入してください。所属に提出する際に、個人番号を確認できる書類を添付してください。

要件に該当する場合に資格確認書を交付します。該当する要件及び「交付を希望します」にレ点を記入してください。

※普通認定者(扶養手当の支給対象者)の場合、給与担当課の認定と連動するため、原則扶養手当の支給決定後に共済組合の認定決定を行います。※事実発生日が共済組合の受付日から30日以内の場合は事実発生日に遡って認定しますが、30日を超えている場合は共済組合の受付日から認定となります。

資格確認書の交付希望	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを取得していない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを保有しているが有効期限が切れている <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの有効期限が切れているが再取得済 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの有効期限が切れているが再取得していない <input type="checkbox"/> 上記の交付要件に該当するため、資格確認書の交付を希望します。	扶養手当の申請の有無 ※一般職員、任期付職員(7ヵ月)、病院機構職員のみ <input type="checkbox"/> 申請した <input checked="" type="checkbox"/> 申請しない
------------	---	--

上記のとおり申告します。	令和 6年 12月 2日	申告者(住所)	神戸市中央区〇〇町〇丁目〇-〇	(氏名)	共済 太郎
--------------	--------------	---------	-----------------	------	-------

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	(担当者名)	〇〇 〇〇		
所属所長(補職名)	〇〇局〇〇課長	(氏名)	〇 〇 〇 〇	(連絡先)	〇〇〇-〇〇〇〇

1 「年間所得推計額」欄には、その者の1年間の見込まれる勤労所得、資産所得、事業所得、その他の所得の推計額を記入してください。 2 扶養事実の発生(消滅)の理由は、具体的に詳しく書いてください。 3 申請するに至った理由を具体的に詳しく書いてください。 4 (保険事務担当の方へ) ※水道局・交通局・外郭団体・病院機構は所属長、学校園は校(園)長で記入してください。それ以外は総務事務センターで記入するため、空欄のまま総務事務センターへ提出してください。 ※会計年度任用職員については、所属長で記入して共済組合へ直接提出してください。総務事務センター集約中の所属も、共済組合へ直接提出してください。 ※所属で個人番号に相違ないか確認後、個人番号確認書類は組合員に返却してください。共済組合や総務事務センターへの提出時に、個人番号確認書類の添付は不要です。	給与担当課受付印 共済組合受付印 簡易書留または共済組合・総務事務センターの窓口へ持参してください。
---	--

【結果通知について】その趣旨及び理由、この決定が有効となる日(令和6年12月2日)から1か月以内に神戸市職員共済組合を被告として取消訴訟を提起することができます。

被扶養者申告書 (増・減)

神戸市職員共済組合理事長 宛

共済組合事務処理欄

標準報酬月額が不明な場合は空欄で結構です。

組合員の記号・番号	記号 6	番号 7	6	5	4	3	2	所属名	〇〇局〇〇課
-----------	------	------	---	---	---	---	---	-----	--------

組合員氏名	共済花代	組合員の生年月日	昭和・平成 43年 9月 30日	標準報酬月額	〇〇等級 〇〇〇, 〇〇〇円
-------	------	----------	------------------	--------	----------------

組合員種別 (該当に○) ・一般職員 ・任期付職員(フルタイム・短時間) ・再任用職員(フルタイム・短時間) ・**会計年度任用職員** ・その他特別職 ・病院機構職員

フリガナ	性別	続柄	生年月日	職業	年間所得推計額	住所	異動年月日及び理由	※給与担当課記入欄	※共済組合記入欄		
被扶養者氏名 キョウサイ ジロウ	男	子	昭和 17年7月1日	-	1,492,000円	〒650-8570 神戸市〇〇区〇〇町 〇丁目〇-〇	令和 6年 12月 2日 (増) 採用・出生・結婚・退職・所得減・扶養者変更・その他 (減) 就職・所得増・結婚・死亡・扶養者変更・離婚・後期高齢・勤務先で社会保険加入・その他	扶養手当受給の有無 令和 年 月 日 支給 より 廃止 回収日	判定	備考	認定区分 普通 特別 障害

個人番号(必須) (減)の場合は、個人番号の記入は不要です。

資格確認書の交付希望	以下の要件に該当する場合に交付します。いずれかに☑を記入してください。	扶養手当の申請の有無	※一般職員、任期付職員(フルタイム)、病院機構職員
※扶養認定(増)のうち、希望する場合に記入	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを取得していない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを保有していない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの有効期限切れで、継続利用の意思がない。 <input type="checkbox"/> 上記の交付要件に該当するため、資格確認書の交付を希望します。	<input checked="" type="checkbox"/> 申請した <input type="checkbox"/> 申請しない	※扶養手当の支給対象者の申請の場合は、給与担当課で扶養手当の支給・廃止が決定してから共済組合の決定を行います。

※普通認定者(扶養手当の支給対象者)の場合、給与担当課の認定と連動するため、原則扶養手当の廃止決定後に共済組合の取消決定を行います。国民健康保険に加入するなど資格喪失証明書の発行を急がれる場合は、あらかじめ共済組合にご相談ください。

上記のとおり申告します。 令和 6年 12月 2日
申告者(住所) 神戸市中央区〇〇町〇丁目〇-〇 (氏名) 共済花代

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 (担当者名) 〇〇 〇〇
所属所長(補職名) 〇〇局〇〇課長 (氏名) 〇 〇 〇 〇 (連絡先) 〇〇〇-〇〇〇〇

資格喪失証明書の発行を希望する
※扶養取消(減)の場合のみ有効

国民年金3号被保険者関係届の添付あり
※60歳未満の配偶者の場合のみ必要

1 「年間所得推計額」欄には、その者の恒常的な収入と見られる勤労所得、資産所得、事業所得、その他の所得の推計額を記入してください。	給与担当課受付印	共済組合受付印
2 扶養事実の発生(消滅)の理由は、「異動年」欄に併せて具体的に詳しく書いてください。		
3 申請するに至った事実発生		
4 普通認定者(扶養手当の支給対象者)は、所屬長、学校園は校(園)長で記入してください。それ以外は総務事務センターで記入するため、空欄のまま総務事務センターへ提出してください。		
5 被扶養者の認定を取消する場合は、所屬長、学校園は校(園)長で記入してください。それ以外は総務事務センターで記入するため、空欄のまま総務事務センターへ提出してください。		
6 住民票が日本国内にない場合は、住民票記載の住所(生証・査証など)および同居の親族の住所を記入してください。		
7 【結果通知について】決定がなかった場合は、この決定があったことを知った日から起算して6か月以内(行政事件訴訟法により、その趣旨及び理由を付して、全国市町村職員共済組合連合会審査会に対して審査請求することができます。また、行政事件訴訟法により、この決定があったことを知った日から6か月以内(審査請求を行ったときは、審査会の裁決があったことを知った日から6か月以内)に神戸市職員共済組合を被告として取消訴訟を提起することができます。		

(保険事務担当の方へ)

※水道局・交通局・外郭団体・病院機構は所屬長、学校園は校(園)長で記入してください。それ以外は総務事務センターで記入するため、空欄のまま総務事務センターへ提出してください。

※会計年度任用職員については、所屬長で記入して共済組合へ直接提出してください。総務事務センター集約中の所属も、共済組合へ直接提出してください。