

被扶養者申告書（増・減）

伺	事務局次長	医療係長	係

神戸市職員共済組合理事長 宛

組合員証の記号・番号		記号	番号											所属名							
組合員氏名		組合員の生年月日		昭和・平成		年		月		日		標準報酬月額		等級				円			
フリガナ 被扶養者氏名		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					
		男・女		昭和 平成 年 月 日 令和			〒					平成・令和 年 月 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()		平成・令和 年 月	支給 より 廃止	平成・令和 年 月 日	認定・取消	備考	認定 区分		
		男・女		昭和 平成 年 月 日 令和			〒					平成・令和 年 月 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()		平成・令和 年 月	支給 より 廃止	平成・令和 年 月 日	認定・取消		普通 特別 障害		
		男・女		昭和 平成 年 月 日 令和			〒					平成・令和 年 月 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・後記高齢 勤務先で社会保険加入・その他()		平成・令和 年 月	支給 より 廃止	平成・令和 年 月 日	認定・取消		普通 特別 障害		
上記のとおり申告します。												令和 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。												令和 年 月 日		(担当者名)							
所属所長(補職名)				(氏名)														(連絡先) —			

- 「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。
- 扶養事実の発生(消滅)の理由は、「異動年月日及び理由」欄に具体的に詳しく書いてください。
なお、被扶養者の認定(取消し)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。
- ※印欄は記入しないでください。
- 申請するに至った事実発生日が確認できるもののコピーを添付してください。
- 普通認定者(扶養手当の支給対象者)の申請の場合は、この申告書の写しを給与担当課へ送付してください。
- 被扶養者の認定を取消す場合は、共済組合より発行している被扶養者証もあわせて返却してください。
- 住民票が日本国内にない被扶養者を申請する場合は、国内居住要件の例外に該当するかを確認のうえ、それを証する書類(留学先の学生証・査証など)および被扶養者同居・別居届(様式3-3-2)を添付してください。

給与担当課受付印	共済組合受付印