

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					

組合員の記号・番号		記号	8	番号	記入しないでください										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							
組合員種別（該当に○）				・一般職員 ・任期付職員(7ヵ月・短時間) ・再任用職員(7ヵ月・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									扶養手当受給の有無		判定		備考		認定区分												
		男・女		昭和 平成 年 月 日 令和			〒 ー	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()	令和 年 月 日 支給 より 廃止		令和 年 月 日 認定・取消			普通 特別 障害													
個人番号(必須)											令和 年 月 日																
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		□ 交付 □ 交付不可		確認日 令和 年 月 日															
※扶養認定(増)のうち、希望する場合に記入		□ マイナンバーカードを取得していない、または返納した。 □ マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない。 □ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れで、継続利用の意思がない。 □ 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。						※一般職員、任期付職員(7ヵ月)、病院機構職員のみ記入 □ 申請した □ 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。																			
上記のとおり申告します。										令和 年 月 日										□ 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							
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) (連絡先) ー							
所属所長(補職名)										(氏名)																	

- 1 「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。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 普通認定者(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。普通認定以外の認定の場合、申立書(様式3-3-1)及び同居・別居届(様式3-3-2)も必要です。また、その他添付書類が必要な場合があります。認定対象者が20歳以上60歳未満の配偶者である場合は、国民年金第3号被保険者関係届もあわせて提出してください。
- 5 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資格確認書等もあわせて返却してください。
- 6 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)および同居・別居届(様式3-3-2)を添付してください。
- 7 【結果通知について】決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算した3か月以内に文書又は口頭で、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。

給与担当課受付印	共済組合受付印