

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。

被扶養者申告書 (増 ・ 減)

神戸市職員共済組合理事長 宛

組合員証の記号・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="radio"/> 一般職員 ・ <input type="radio"/> 任期付職員 ・ <input type="radio"/> 再任用職員 (フルタイム) ・ <input type="radio"/> 再任用職員 (短時間) ・ <input type="radio"/> 会計年度任用職員 ・ <input type="radio"/> その他特別職 ・ <input type="radio"/> 病院機構職員										

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	
								扶養手当			認定
キョウサイ サキミ 共済 咲美	男・女	母	昭和 平成 29年2月16日	—	1,492,000 円	〒650-8570 神戸市〇〇区加納町6丁目5-1	令和 4年10月 1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				
キョウサイ イチロウ 共済 一郎	男・女	父	昭和 平成 34年5月10日	—	—	同 上	令和 4年10月 1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				
	男・女		昭和 平成 年月 日				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	令和 年 月 日 支給	令和 年 月 日 認定・取消	普通	
								より 廃止	証回収日 令和 年 月 日	特別 障害	

※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及び被扶養者証の送付を行います。
※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。

上記のとおり申告します。 令和 4年 10月 1日

申告者 (住所) 神戸市中央区〇〇町6丁目5-1 (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 4年 10月 1日 (担当者名)

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

- 「年間所得推計額」欄には、その者の恒常的な収入として、給与所得、退職所得、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ず、普通認定以外の場合、申立があります。認定対象者が20歳以上の場合、普通認定以外の場合、申立があります。
- 被扶養者の認定を取消す場合は、共済組合へ直接提出してください。
- 住民票が日本国内にない被扶養者を申請する場合は、住民票謄本(様式3-3-2)を添付してください。

(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。

給与担当課受付印	共済組合受付印
----------	---------

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。

被扶養者申告書 (増・減)

神戸市職員共済組合理事長 宛

組合員証の記号・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・再任用職員 (7月1日) ・再任用職員 (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 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		
								扶養手当 受給の有無	判定	備考	認定 区分	
キョウサイ ジロウ 共済次郎	男 女	子	昭和 平成 10年 7月 1日	—	1,492,000 円	〒650-8570 神戸市〇〇区加納町6丁目5-1	令和 4年 10月 1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 支給 より 廃止	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 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 勤務先で社会保険加入・その他()	令和 年 月 	令和 年 月 日			普通
	男 女		昭和 平成 年 月 日			〒	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 勤務先で社会保険加入・その他()	令和 年 月 	令和 年 月 日			普通

※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 4年 10月 1日

申告者 (住所) 神戸市中央区〇〇町6丁目5-1 (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 4年 10月 1日 (担当者名)

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

- 「年間所得推計額」欄には、その者の恒常的な収入として、給与所得、退職所得、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」
- ※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ず、普通認定以外の場合、申立書に記入してください。
- 普通認定者(扶養手当の支給対象者)の場合、普通認定以外の場合、申立書に記入してください。
- 被扶養者の認定を取消す場合は、共済組合へ直接提出してください。
- 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どうかを確認の上、それを証する書類(留学先の手生証・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。

(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。

給与担当課受付印	共済組合受付印
----------	---------