被扶養者申告書〔認定・取消・継続〕

下記のとおり判定します。 沖縄県市町村職員共済組合	

組合員証記号番号	記号		番号		所属機関名	
組合員氏名					給料	等級　　号給　　円
生年月日	年　月　日					

認定(取消)を受けようとする者の氏名(フリガナ) 個人番号	性別	戸籍上の続柄	生年月日	職業	年間所得推計額	現住所	扶養手当支給の有無	給与事務担当者の証明印	被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及びその理由	※判定 ※判定日 ※有効期限
フリガナ						〒				認定・取消 ．　． ．　．　まで
フリガナ						〒				認定・取消 ．　． ．　．　まで
フリガナ						〒				認定・取消 ．　． ．　．　まで

上記のとおり申告します。

沖縄県市町村職員共済組合理事長　殿

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

所属所長　職名

氏名

所属所受付印	共済組合受付印

1．被扶養者の認定を受けようとする者は個人番号欄に、個人番号カード等で確認して正確に記入してください。
2．「続柄」は戸籍上の続柄で記入してください。　例：「子」→長男
3．「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、その他の所得の累計額を記入してください。
4．扶養事実の発生（消滅）の理由は、「被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及びその理由」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）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間を記入してください。
5．扶養手当の支給を受けている者について認定を受けようとするときは、給与事務担当者の証明印を受けてから提出してください。
6．※印欄は記入しないでください。
(注) 配偶者（20 歳～60 歳）の認定申告及び取消申告の際、国民年金第３号被保険者関係届を添付してください。

決裁		審査		
理事長	局長	課長	係長	係
局長専決				

被扶養者申告書〔認定・取消・継続〕

組合員証記号番号	記号		番号		所属機関名	
組合員氏名				給料	等級　　号給　　円
生年月日	年　月　日				

認定(取消)を受けようとする者の氏名(フリガナ) 個人番号	性別	戸籍上の続柄	生年月日	職業	年間所得推計額	現住所	扶養手当支給の有無	給与事務担当者の証明印	被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及びその理由	※判定 ※判定日 ※有効期限
フリガナ						〒				認定・取消 ．　． ．　．　まで
フリガナ						〒				認定・取消 ．　． ．　．　まで
フリガナ						〒				認定・取消 ．　． ．　．　まで

上記のとおり申告します。

沖縄県市町村職員共済組合理事長　殿

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

所属所長　職名

氏名

所属所受付印	共済組合受付印

1．被扶養者の認定を受けようとする者は個人番号欄に、個人番号カード等で確認して正確に記入してください。
2．「続柄」は戸籍上の続柄で記入してください。　例：「子」→長男
3．「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、その他の所得の累計額を記入してください。
4．扶養事実の発生（消滅）の理由は、「被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及びその理由」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）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間を記入してください。
5．扶養手当の支給を受けている者について認定を受けようとするときは、給与事務担当者の証明印を受けてから提出してください。
6．※印欄は記入しないでください。
(注) 配偶者（20 歳～60 歳）の認定申告及び取消申告の際、国民年金第３号被保険者関係届を添付してください。