

所属所受付印

被扶養者申告書（短期組合員・船員短期組合員用）

組合員証記号番号	-		所属機関の名称		
組合員氏名			生年月日	昭和 平成	年 月 日
標準報酬			短期	等級	千円
認定（取消）を受けようとする者の氏名（フリガナ）、生年月日及び性別	続柄	年間所得（収入）推計額*1	現住所	国内居住要件の例外について	扶養手当受給の有無
被扶養者の要件を備え又は欠くに至った日（認定日又は取消日）*2			要件を備え又は欠くに至った理由*3		※判定及び理由
					判定
					理由
昭和 平成 令和	年 月 日	男・女	円	該当 ・ 非該当	有 ・ 無
令和 年 月 日			円		認定 取消
<input type="checkbox"/> 組合員と同居 <input type="checkbox"/> 組合員と別居（下に住所を記入してください。） 〒 -			<input type="checkbox"/> 組合員と同居 <input type="checkbox"/> 組合員と別居（下に住所を記入してください。） 〒 -		令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 組合員の資格取得 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 所得の減少 <input type="checkbox"/> 失業保険の満了 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 所得の増加 <input type="checkbox"/> 失業保険の受給 <input type="checkbox"/> その他（ ）
上記のとおり申告します。 愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿 令和 年 月 日 住所 申告者 氏名			<input type="checkbox"/> 扶養手当受給の有無について確認しました。 （給与事務担当者が必ず□に✓を付してください。） 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 職名 所属所長 氏名		
課長	課長補佐	係長	主査	係	
国民年金第3号被保険者関係届の提出方法（認定対象者が配偶者の場合） （共済組合事務担当者が必ず□に✓を付してください。）			<input type="checkbox"/> 事業主から提出 <input type="checkbox"/> 共済組合経由で提出 ※国民年金第3号被保険者関係届の④欄には基礎年金番号を記入してください。 （個人番号は記入しないでください。） <input type="checkbox"/> 提出不要（就職又は死亡取消）		

*1 被扶養者認定における「所得」とは、所得税法上の課税される所得をさすものではなく、被扶養者として認定しようとする者の現在及び将来にわたって恒常的に取得できると見込まれる年間の収入総額をいいます。

*2 被扶養者の要件を備え又は欠くに至った日には被扶養者の認定日又は取消日を記入してください。また、配偶者の場合は国民年金第3号被保険者関係届の⑨欄又は⑩欄と同じ日付を記入してください。

*3 「要件を備え又は欠くに至った理由」欄は該当項目にチェックを入れてください。その他にチェックを入れた場合には扶養事実の発生（消滅）の理由を括弧内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。

注意事項 ・ 日本国内に住所がない者について認定を受けようとするときは、地方公務員等共済組合法施行規程第2条の2第2項各号に定める国内居住要件の例外に該当することを証する書類等を添付してください。

・ 所属所受付印欄には、本人から申告書が提出された日の受付印を押ししてください。

・ ※印欄は記入しないでください。

・ 認定対象者が、医療費助成の適用を受けている場合は、公費負担受給（開始・停止）報告書を提出してください。