

下記のとおり確認決定する 平成 年 月 日	課長	参事	課長補佐	主幹	G L	担当	合議	資格取得年月日

## 被 扶 養 者 申 告 書

組合員証号 記号番号	-	所属機関名
組合員氏名		
生年月日		

認定(取消)を受けようとする者の氏名	性別	続柄	生年月日	職業	年間所得推定額	現住所	扶養手当受給の有無	給与事務担当者証明印	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	※判定及び理由	
										判定	理由
フリガナ						フリガナ	有・無				
フリガナ						フリガナ	有・無				
フリガナ						フリガナ	有・無				
フリガナ						フリガナ	有・無				

上記のとおり申告します。

滋賀県市町村職員共済組合理事長 殿

平成 年 月 日

申告者 住所  
氏名

印

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日

所属所長 職名  
氏名

印

- 「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、「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限を記入してください。
- 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。
- ※印欄は記入しないでください。