

被扶養者申告書（認定・取消）

決	課長	担当	合議
裁			

1. 組合員(あなた)のこと

組合員証記号及び番号 又は個人番号	氏名	生年月日	給料	あなたの配偶者			
		昭和・平成 年 月 日	円	有・無	氏名	職業	加入医療保険名
					(歳)		1. 健保 3. 共済 2. 国保

2. 認定・取消を受けようとする配偶者

認定 ⊕ 取消 ⊖ を受けようとする者の氏名	性別 続柄	生年月日 (年齢)	職業又は 学校名 (卒業予定年月日)	同居・別居の別 (別居の場合は住所)	障害の級 配偶者	前年の所得額 年間所得推計額	税法上の扶養親族等	扶養手当の扶養親族 有(認定年月日) 無(その理由)	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 ※(記入不要)	資格喪失証明書発行
フリガナ 氏名	男・女	昭和・平成 年 月 日		同居・別居 〒	(級) A・B	円	有・無	有(平 . . .) 無(平 . . .)	印	平 . . .	承認 不承認 . . .	希望する
基礎年金番号	続柄	(歳)	(卒)		有・無	円						
個人番号												


3. 認定・取消を受けようとする配偶者以外の者（「続柄」欄は、組合員との続柄を詳しく記載してください。(例)長男、二男、養父、義母)

フリガナ 氏名	男・女	昭和・平成 年 月 日		同居・別居 〒	(級) A・B	円	有・無	有(平 . . .) 無(平 . . .)	印	平 . . .	承認 不承認 . . .	希望する
個人番号	続柄	(歳)	(卒)		有・無	円						
フリガナ 氏名	男・女	昭和・平成 年 月 日		同居・別居 〒	(級) A・B	円	有・無	有(平 . . .) 無(平 . . .)	印	平 . . .	承認 不承認 . . .	希望する
個人番号	続柄	(歳)	(卒)		有・無	円						
フリガナ 氏名	男・女	昭和・平成 年 月 日		同居・別居 〒	(級) A・B	円	有・無	有(平 . . .) 無(平 . . .)	印	平 . . .	承認 不承認 . . .	希望する
個人番号	続柄	(歳)	(卒)		有・無	円						
フリガナ 氏名	男・女	昭和・平成 年 月 日		同居・別居 〒	(級) A・B	円	有・無	有(平 . . .) 無(平 . . .)	印	平 . . .	承認 不承認 . . .	希望する
個人番号	続柄	(歳)	(卒)		有・無	円						

同意書※

下記の者は石川県市町村職員共済組合が行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律別表第二の主務省令で定める事務及び情報を定める命令第三十一条の二に規定する事務手続を処理するために限って地方税関係情報について取得することに同意します。なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。
 該当事務手続:被扶養者の申告に係る事実についての審査に関する事務(第九号口)

同意者 自署	同意者 自署	同意者 自署	同意者 自署
--------	--------	--------	--------

上記のとおり申告します。 石川県市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 住所 組合員氏名 氏名	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 職名 所属所長 氏名	共済組合受付日付印 
---	---	--

◎この申告書の記載に当たっては、裏面の説明をお読みください。
 ※ 同意書欄については裏面18を参照ください。

(この申告書の内容の説明)

この申告書は、次のいずれか該当したとき、その日から5日以内に所属所長を経由して(任意継続組合員は直接)当組合に提出してください。なお次の1の事由に限り事実が生じた日から30日以内に申告をされないときは、その申告を受けた日になります。

- 1 新たに組合員となつた者に認定対象者がある場合又は組合員に認定対象者が生じた場合。
- 2 組合員に被扶養者でなくなることが生じた場合。

(記入上の注意)

- 1 申告書の標題(認定・取消)は、該当する文字を○で囲んでください。
- 2 「生年月日」欄の昭和・平成は、年号をいいますので、該当する年号を○で囲んでください。
- 3 「あなたの配偶者」欄は、次のように書いてください。ただし、認定+を受けようとする者が配偶者のときは、書く必要がありません。
(イ)配偶者(届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。)をいいますので、その有・無の文字を○で囲んでください。

(ロ)「職業」欄は、その実態が分かるように書いてください。

(ハ)「加入医療保険名」欄は、次のいずれかの数字を○で囲んでください。

1. 健保……健康保険、または、きょうかい健保の被保険者又は被扶養者
2. 国保……国民健康保険の被保険者
3. 共済……共済組合の組合員又は被扶養者

- 4 「配偶者」欄に基礎年金番号を書いてください。
- 5 認定を受けようとする者は+を、認定の取消を受けようとする者は-の文字を○で囲み、フリガナも書いてください。
- 6 「続柄」欄は、組合員との続柄を正しく書いてください。(例 長男、二男、養父、義母)
- 7 「職業又は学校名(卒業予定年月)」欄は、その実態が分かるように書いてください。
- 8 「同居・別居の別」欄は、該当する文字を○で囲み、別居の場合は、その住所を書いてください。
- 9 「障害の級」欄は、身体障害者(児)の身体障害者手帳の級又は療育手帳の総合判定を書いてください。
- 10 「配偶者」欄は、配偶者(届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。)をいいますので、その有・無の文字を○で囲んでください。
- 11 「年間所得推計額」欄は、その者の恒常的な収入として見込まれる事業所得、給与所得、不動産所得、山林所得、その他の所得(注)の推計額を書いてください。

(注)所得とは、恒常的な額の現況をいいます。従って、一時的な退職所得などは除きます。この場合、次のように算定します。

(イ)農業従事者など自営業者にあつては、年間収入額から当該事業遂行のための必要経費を控除した額。なお、農業所得で組合員名義になっていても、その所得は事実上の耕作者に属します。

(ロ)給与所得者(パートタイマー・退職(老齢)・障害・遺族年金受給者、失業給付金受給者、傷病手当金受給者及び出産手当金受給者などを含む。)にあつては受給総額。

- 12 「税法上の扶養親族等」欄は、所得税法上の控除対象配偶者又は扶養親族をいいますので、その有・無の文字を○で囲んでください。
- 13 「扶養手当の扶養親族の有(認定年月日)無(その理由)」欄は、給与条例又はこれに相当する規程による扶養手当の扶養親族の認定の有無をいいますので、その有・無の文字を○で囲み、有の場合は認定年月日を、無の場合はその理由を書いてください。例えば、市長のため、臨時職員のため、所得130万円以上のため、22歳以上のため、義母のため……など。
- 14 「給与事務担当者証明印」欄は、「税法上の扶養親族等」及び「扶養手当の扶養親族の有無・認定年月日」について所属所の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。
- 15 「被扶養者の条件を備え、又は欠くに至った年月日及びその理由」欄は、具体的に書いてください。
- 16 任意継続組合員にあつては、退職当時の所属所長の証明及び給与事務担当者証明印を省略することができます。
- 17 「資格喪失証明書の発行」欄は、資格喪失証明書を希望する場合に「希望する」を○で囲んでください。
- 18 「同意書」欄には、2. 及び3. の認定・取消を受けようとする者について記入してください。同意できない者については、従来どおり必要書類を添付してください。また、代理人が同意書に署名した場合、同意者本人の委任状が必要です。
なお、22歳未満で扶養手当有の方は同意書の記入は不要です。同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載して差し支えありません。

(関係条文)

- 1 本法第2条第1項第2号
- 2 施行令第3条
- 3 施行規程第94条
- 4 運用方針法第2条関係
- 5 当組合被扶養者認定事務取扱要綱