|  |
| --- |
| **被　扶　養　者　申　告　書**地方職員共済組合大阪府支部長　様令和　　年　　月　　日　　　　　下記のとおり申告します。 |
| 組合員証記号番号 | 地・大阪 | 組合員氏名 |  | 所属機関名 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 認定（取消）を受けようとする者の氏名・フリガナ | 性別 | 続柄 | 生年月日 | 職業 | 年間収入推計額 | 同居別居 | 現 住 所 | 被扶養者の要件を備え又は欠くに至った | ※ 判定及び理由 |
| 年月日 | 理由 | 判 定 | 理 由 |
|  |  |  | SHR |  |  | 同居別居 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  | SHR |  |  | 同居別居 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  | SHR |  |  | 同居別居 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  | SHR |  |  | 同居別居 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  | SHR |  |  | 同居別居 |  |  |  |  |  |
|  |
| (注) 1 年間収入推計額は、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労収入、資産所得、事業所得、各種年金その他の収入額を記入してください。　　 2 同居／別居欄はいずれかに○を付けてください。 3 扶養事実の発生（消滅）の理由は、「扶養に関する申立書」に具体的に詳しく書いてください。　　 4 ※欄は記入しないでください。 |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 所属所受付印 |  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　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事務長（総括主査専決） | 調査 | 起案者 |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 共済組合受付印 |
|  |

上記のとおり決定します。　　 令和　　年　　月　　日 |
| **被　扶　養　者　申　告　書**記入例令和　〇〇年　〇〇月　〇〇日　　　　　地方職員共済組合大阪府支部長　様下記のとおり申告します。 |
| 組合員証記号番号 | 地・大阪 | 組合員氏名 | 共済　太郎 | 所属機関名 | 〇〇〇〇課 |
| ３ | ０ | ０ | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ |
| 認定（取消）を受けようとする者の氏名・フリガナ | 性別 | 続柄**職員番号（６桁）でも可（右詰）** | 生年月日 | 職業 | 年間収入推計額 | 同居別居 | 現 住 所 | 被扶養者の要件を備え又は欠くに至った | ※ 判定及び理由 |
| 年月日 | 理由 | 判 定 | 理 由 |
| ｷｮｳｻｲ　ﾊﾅｺ | 女 | 配偶者 | SH〇.〇.〇R | 無職 | ０円 | 同居別居 | 大阪市〇〇区〇〇１－１ | R〇.〇.〇 | 離職 |  |  |
| 共済　花子 |
| ｷｮｳｻｲ　ｲﾁﾛｳ | 男 | 長男 | SH〇.〇.〇R | 無職 | ０円 | 同居別居 | 〇〇県〇〇市〇〇町〇－〇 | R〇.〇.〇 | 扶養者変更 |  |  |
| 共済　一郎 |
|  |  |  | SHR |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  | SHR |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  | **※所属記入欄****所属で被扶養者申告を受付した日を記入してください。日付印の押印でも可。****（注）被扶養者の要件を備えるに至った日（事実発生日）から30日を過ぎている場合、認定日が受付日になりますので、記載漏れのないようご注意ください。** | SHR |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| (注) 1 年間収入推計額は、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労収入、資産所得、事業所得、各種年金その他の収入額を記入してください。　　 2 同居／別居欄はいずれかに○を付けてください。 3 扶養事実の発生（消滅）の理由は、「扶養に関する申立書」に具体的に詳しく書いてください。　　 4 ※欄は記入しないでください。 |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 所属所受付印 |  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　　●●●●●●長　　　　　　（　　〇〇〇〇　課　　） |
| 令和●年●月●日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事務長（総括主査専決） | 調査 | 起案者 |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 共済組合受付印 |
|  |

上記のとおり決定します。　　 令和　　年　　月　　日**※所属記入欄****＜日付＞　　　書類を揃えて所属から地共済へ提出する日****＜所属所長＞　雇用所属の長　又は　統括所属（本庁の社保適用事業所）の長****※統括所属の長を記載される場合は、（　）内に雇用元所属を記載してください。** |