

※被扶養者を新たに認定（取消）する必要がある場合に提出してください

(任意継続組合員) 様式⑥-1

地方職員共済組合 被扶養者申告書 (任意継続組合員)

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。なお、被扶養者の個人番号については別紙1のとおり届け出します。

組合員 番号(注1)	地・大阪	フリガナ										フリガナ	組合員氏名	被扶養者の要件を備え 又は欠くに至った		※判定及び理由 (記入不要)	
		性別	続柄	生年月日	職業	年間総収入 見込み額	同居 別居	現住所	年月日	理由	判定			理由			
				S・H・R												(C・A)	
				S・H・R												(C・A)	
				S・H・R												(C・A)	
				S・H・R												(C・A)	
				S・H・R												(C・A)	

(注) 1 「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」、「組合員証」の何れかでご確認の上、組合員番号を記載してください。

2 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の総額を記入（認定時には、詳細を「扶養に関する申立書」に記入）してください。

3 扶養事実の発生（消滅）の理由は、「扶養（取消）に関する申立書」に具体的に詳しく記入してください。 4 ※欄は記入しないでください。

地共済大阪府支部 仕様欄		
事務長(主査専決)	(決定) 令和 年 月 日 (受理) 令和 年 月 日	
調査	起案	

※被扶養者を新たに認定（取消）する必要がある場合に提出してください

(記入例)

(任意継続組合員) 様式⑥-1

地方職員共済組合 被扶養者申告書 (任意継続組合員)

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。なお、被扶養者の個人番号については別紙1のとおり届け出します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

組合員 番号(注1)	地・大阪	3	2	2	1	1	0	0	1	0	0	フリガナ	キョウサイ タロウ	
												組合員氏名	共済 太郎	
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	年間総収入 見込み額	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 (記入不要)		
キョウサイ トモコ		女	配偶者	S・H・R	無職	0円	同居	大阪府中央区大手前3-1-43		00/3/31	退職	(C・A)		
共済 友子				00.00.00										
				S・H・R								(C・A)		
				S・H・R								(C・A)		
				S・H・R								(C・A)		
				S・H・R								(C・A)		
				S・H・R								(C・A)		

(注) 1 「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」、「組合員証」の何れかでご確認の上、組合員番号を記載してください。

2 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の総額を記入(認定時には、詳細を「扶養に関する申立書」に記入)してください。

3 扶養事実の発生(消滅)の理由は、「扶養(取消)に関する申立書」に具体的に詳しく記入してください。

4 ※欄は記入しないでください。

地共済大阪府支部 仕様欄		事務長(主査専決) (決定) 令和 年 月 日 (受理) 令和 年 月 日	調査	起案	