

B2

組合員資格取得届書兼年金加入期間等報告書

令和 年 月 日

地方職員共済組合大阪府支部長 様

下記のとおり組合員の資格を取得しましたので、下記のとおり届け出ます。
また、私の年金加入期間等についても下記のとおり報告します。

| | |
|--------------------|----------------------|
| 職員番号 (組合員番号下6桁) | 地方独立行政法人 職員番号(任意) |
|--------------------|----------------------|

1. 組合員基本情報

| | | | | | |
|-------------|---|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| 所属機関名 | センター名 (独法用) | | | | |
| (フリガナ) | 性別 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="checkbox"/> 平成 | |
| 氏名 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年 | 月 | 日 | |
| (フリガナ) | | | | | |
| 現住所 (居所) | | | | | |
| 資格取得 年月日 | 令和 年 月 日 | 基礎年金番号 (10桁) | 記号 | 番号 | |
| 個人番号 | 別紙1 個人番号報告書に記入(※本届出書と合わせて提出してください。) | | | | |

※所属所処理欄(組合員の方は記入不要です。)

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 所属長

2. 年金情報(年金加入期間等) ※年金に加入してからの履歴を順に記入してください。

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|-----|----|
| 現在受給している(過去に受給したことがある)又は支給が決定されている年金 | <input type="checkbox"/> 老齢厚生(共済)年金 <input type="checkbox"/> 障害厚生(共済)年金 <input type="checkbox"/> 遺族厚生(共済)年金 | <input type="checkbox"/> その他の公的年金(具体名を記入) | | | |
| 年金加入・未加入期間等 | 年金制度 | 就職年月日 | 退職年月日 | 勤務先 | 備考 |
| その① | <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国共済 <input type="checkbox"/> 地共済 <input type="checkbox"/> 私学共済 <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | | |
| | <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国共済 <input type="checkbox"/> 地共済 <input type="checkbox"/> 私学共済 <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | | |
| | <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国共済 <input type="checkbox"/> 地共済 <input type="checkbox"/> 私学共済 <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | | |

<記入方法>
 ・裏面に記入例と記入上の注意を載せています。
 ・上記その①で書ききれず欄が足りない場合は、別紙2(その②・③)に続きを記入して、本届出書と合わせて提出して下さい。
 ・年金制度の区分の地共済には、地方職員共済組合に加え、公立学校職員共済組合、市町村職員共済組合、警察職員共済組合、大阪市職員共済組合等指定都市共済組合、東京都職員共済組合などを含みます。

※地共済処理欄(組合員の方は記入不要です。)

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 資格確認書(カード・A4)を発行(登録) | 発行日 | 令和 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 後期高齢(証発行不要) | | |
| 事務長(総括主査専決) | <input type="checkbox"/> 取得 (発令等確認済) | <input type="checkbox"/> 種別変更 (異動報告書確認済) |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | |

記入例

※他共済戻りの場合

組合員資格取得届書兼年金加入期間等報告書

令和 ○ 年 4 月 1 日

地方職員共済組合大阪府支部長 様

記入方法

1・2について、必要事項を記入してください。
※□の項目については、エクセルファイルの場合は「■」を選択・紙の場合はチェック(✓)を記入してください。

資格取得日以後の日付を記入してください。

地方独立行政法人
職員番号(任意)

1. 組合員基本情報

| | | | | | | |
|-------------|-------------------------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| 所属機関名 | 〇〇〇課 | センタ (独法用) | 大阪府職員は記入不要です。 | | | |
| (フリガナ) | キョウサイ タロウ | 性 別 | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 | <input type="checkbox"/> 平成 | |
| 氏名 | 共済 太郎 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | | | |
| (フリガナ) | オオサカシチュウオウクオオテマエ | | | | | |
| 現住所 (居所) | 大阪府大阪市東区千代田1-1-1 | | | | | |
| 資格取得 年月日 | 令和 ○ 年 4 月 1 日 | 〒 | 1 2 3 4 - 5 6 7 8 9 0 | | | |
| 個人番号 | 別紙1 個人番号報告書に記入(※本届出書と合わせて提出してください。) | | | | | |

※所属所処理欄(組合員の方は記入不要です。)

上記の記載事項は、事実と相違ないものと

【所属所処理欄】

資格取得日以後の日付を記入してください。

令和 ○ 年 4 月 1 日 所属長

2. 年金情報(年金加入期間等) ※年金に加入してからの履歴を順に記入してください。

| 現在受給している(過去に受給したことがある)又は支給が決定されている年金 | <input type="checkbox"/> 老齢厚生(共済)年金 | <input checked="" type="checkbox"/> その他の公的年金(具体名を記入) | | | |
|--------------------------------------|--|--|--------------|-------|---------|
| | <input checked="" type="checkbox"/> 障害厚生(共済)年金 | 障害基礎年金 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 遺族厚生(共済)年金 | | | | |
| 年金加入・未加入期間等 | 年金制度 | 就職年月日 | 退職年月日 | 勤務先 | 備考 |
| ① | <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 | △ 年 4 月 1 日 | ○ 年 3 月 31 日 | 〇〇市役所 | 〇〇市共済組合 |
| | <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | | | |

・地方職員共済組合大阪府支部の資格を喪失してからの他共済・年金等の加入情報を記入してください。
※以前の年金情報は、大阪府採用(転入)時に提出いただいたものを使用します。
・営利法人からの復帰者は年金情報の記入は不要です。

<記入方法>

- 裏面に記入例と記入上の注意を載せています。
- 上記その①で書ききれず欄が足りない場合は、別紙2(その②・③)に続きを記入して、本届出書と合わせて提出して下さい。
- 年金制度の区分の地共済には、地方職員共済組合に加え、公立学校職員共済組合、市町村職員共済組合、警察職員共済組合、大阪市職員共済組合等指定都市共済組合、東京都職員共済組合などを含みます。

※地共済処理欄(組合員の方は記入不要です。)

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 資格確認書(カード・A4)を発行(登録) | 発行日 | 令和 年 月 日 | |
| <input type="checkbox"/> 後期高齢(証発行不要) | | | |
| 事務長(総括主査専決) | <input type="checkbox"/> 取得 (発令等確認済) | <input type="checkbox"/> 種別変更 (異動報告書確認済) | <input type="checkbox"/> その他 () |

(別紙1 個人番号報告書)

令和 年 月 日

個人番号（マイナンバー）報告書

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|-----|--|
| 所属機関名 | | | | | | | | | | | | | |
| 職員番号 (組合員番号下6桁) | | | | | | | カナ | | | | | | |
| | | | | | | | 氏名 | | | | | | |
| 住所 | 組合員資格取得届に記載の住所(居所)と住民票上の住所が <input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 異なる | | | | | | | | | | | | |
| 異なる場合 (住民票上の住所) | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号記入欄 | | | | | | | | | | | | | |
| 資格確認書発行要否 | 資格確認書の発行が必要な場合は、以下のア～エから該当するものを《理由欄》に記入してください。 | | | | | | | | | | | | |
| | ア) マイナンバーカードやマイナ保険証を持っていない イ) マイナ保険証を持っているが、マイナンバーカードの再発行中などで一時的にマイナ保険証を利用することができない ウ) マイナ保険証を持っているが、利用が難しいなど配慮が必要 エ) マイナ保険証の利用登録解除申請中 | | | | | | | | | | | 理由欄 | |
| 【添付書類】 ※添付する書類に☑をしてください。 (1) <input type="checkbox"/> 個人番号カードの両面（表面・裏面）の写し (2) 以下の2種類（①と②1種類ずつ） ① <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し <input type="checkbox"/> 通知カードの写し ② <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|-----------------------|------|-------|
| 共 済 処 理 欄 | (受付) | (備考欄) |
| | | |

記入例

(別紙1 個人番号報告書)

地方職員共済組合大阪府支部
一般組合員用

令和〇年4月1日

個人番号（マイナンバー）報告書

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|----|-----------|---|---|---|-----|--|
| 所属機関名 | 〇〇〇課 | | | | | | | | | | | | |
| 職員番号 (組合員番号下6桁) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | カナ | キョウサイ タロウ | | | | | |
| | | | | | | | 氏名 | 共済 太郎 | | | | | |
| 住所 | 組合員資格取得届に記載の住所(居所)と住民票上の住所が <input type="checkbox"/> 同一 <input checked="" type="checkbox"/> 異なる | | | | | | | | | | | | |
| 異なる場合 (住民票上の住所) | 大阪市〇〇区〇〇 〇-〇 | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号記入欄 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | 資格確認書の発行が必要な場合は、以下のア～エから該当するものを《理由欄》に記入してください。 |
| 資格確認書発行要否 | | | | | | | | | | | | 理由欄 | |
| | | | | | | | | | | | | ア | |
| <p>【添付書類】※添付する書類に<input checked="" type="checkbox"/>をしてください。</p> <p>(1) <input checked="" type="checkbox"/> 個人番号カードの両面（表面・裏面）の写し</p> <p>(2) 以下の2種類（①と②1種類ずつ）</p> <p>① <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し <input type="checkbox"/> 通知カードの写し</p> <p>② <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）</p> | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---------------|------|-------|
| 共済 処理 欄 | (受付) | (備考欄) |
| | | |

(別紙2 年金加入期間等(追記用))

| 職員番号(共済組合) | | | | 氏名 | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | その② | <input type="checkbox"/> | その③ | ※組合員資格取得届書の2.年金情報の年金加入期間その①で記入しきれない年金加入状況を記載 二枚目として使用する場合は、その②をチェック 三枚目として使用する場合は、本紙をコピーして使用し、その③をチェック | | | | | |
| 年金加入・未加入期間等 その② 又は その③ | 年金制度 | | 就職年月日 | | 就職年月日 | | 勤務先 | 備考 | |
| | <input type="checkbox"/> 国民年金 | <input type="checkbox"/> 厚生年金 | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 | |
| | <input type="checkbox"/> 国共済 | <input type="checkbox"/> 地共済 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 私学共済 | <input type="checkbox"/> その他 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | |
| | <input type="checkbox"/> 国民年金 | <input type="checkbox"/> 厚生年金 | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 | |
| | <input type="checkbox"/> 国共済 | <input type="checkbox"/> 地共済 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 私学共済 | <input type="checkbox"/> その他 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | |
| | <input type="checkbox"/> 国民年金 | <input type="checkbox"/> 厚生年金 | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 | |
| | <input type="checkbox"/> 国共済 | <input type="checkbox"/> 地共済 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 私学共済 | <input type="checkbox"/> その他 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | |
| <input type="checkbox"/> 国民年金 | <input type="checkbox"/> 厚生年金 | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 | | |
| <input type="checkbox"/> 国共済 | <input type="checkbox"/> 地共済 | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 私学共済 | <input type="checkbox"/> その他 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | | |
| <input type="checkbox"/> 国民年金 | <input type="checkbox"/> 厚生年金 | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 | | |
| <input type="checkbox"/> 国共済 | <input type="checkbox"/> 地共済 | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 私学共済 | <input type="checkbox"/> その他 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | | |
| <input type="checkbox"/> 国民年金 | <input type="checkbox"/> 厚生年金 | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 | | |
| <input type="checkbox"/> 国共済 | <input type="checkbox"/> 地共済 | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 私学共済 | <input type="checkbox"/> その他 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | | |

<記入の際は、【年金加入期間の記入例と記入上の注意】をご覧ください>

※「年金制度」の厚生年金の被保険者の種別(イ～オ)は以下のとおり
 イ 厚生年金・・・ウ～オ以外の厚生年金保険の被保険者
 ウ 国共済・・・各省庁国家公務員共済組合の組合員である厚生年金保険の被保険者
 エ 地共済・・・地方職員共済組合、公立学校職員共済組合、市町村職員共済組合、警察職員共済組合、大阪市職員共済等各指定都市共済組合、東京都職員共済組合などの組合員である厚生年金保険の被保険者
 オ 私学共済・・・私立学校教職員共済制度の加入者である厚生年金保険の被保険者

処理記入欄

| |
|--|
| |
|--|

【年金加入期間の記入例と記入上の注意】

<記入例>

| | 年金制度 | | 就職年月日 | | 就職年月日 | | 勤務先 | 備考 |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|-----------------------------|--|-----------------------------|
| | <input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 | <input type="checkbox"/> 厚生年金 | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input checked="" type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input checked="" type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 |
| 年金加入・未加入期間等 | <input type="checkbox"/> 国共済 | <input type="checkbox"/> 地共済 | 23年7月1日 | | 25年3月31日 | | 学生 | 学生納付特例 |
| | <input type="checkbox"/> 私学共済 | <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 国民年金 | <input type="checkbox"/> 厚生年金 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | 無職 | 未納付 |
| | <input type="checkbox"/> 国共済 | <input type="checkbox"/> 地共済 | 25年4月1日 | | 26年3月31日 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 私学共済 | <input checked="" type="checkbox"/> その他 | | | | | △△University | 未加入(海外在住) |
| | <input type="checkbox"/> 国民年金 | <input type="checkbox"/> 厚生年金 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 国共済 | <input type="checkbox"/> 地共済 | 26年4月1日 | | 30年3月31日 | | 〇〇病院 | |
| <input type="checkbox"/> 私学共済 | <input checked="" type="checkbox"/> その他 | 30年4月1日 | | 2年3月31日 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 国民年金 | <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 | | 被扶養配偶者 | 第3号被保険者 | |
| <input type="checkbox"/> 国共済 | <input type="checkbox"/> 地共済 | 2年4月1日 | | 3年3月31日 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 私学共済 | <input type="checkbox"/> その他 | | | | | 市立〇〇病院 | △△県市町村職員共済組合 | |
| <input type="checkbox"/> 国民年金 | <input type="checkbox"/> 厚生年金 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 国共済 | <input checked="" type="checkbox"/> 地共済 | 3年4月1日 | | 5年3月31日 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 私学共済 | <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | |

<記入上の注意>

1 「年金加入期間」欄には、共済組合の組合員となるまでの年金制度の加入期間等について、履歴順に次により記入してください。

なお、ねんきんネットの年金記録画面のコピーや年金加入期間等確認通知書等のコピーを添付していただくことで、年金加入期間欄を省略することができます。その際は、余白に「別添参照」と記載の上ご提出ください。

- (1) 「年金制度」欄は該当する年金制度を選択してください。未納付期間、未加入期間については「その他」を選択するとともに、「未納付」または「未加入」（海外在住等の事由）を「備考」欄に記入してください。
- (2) 国民年金の第1号被保険者期間（下記〈参考〉ア）がある場合は、「勤務先等」欄に、例えば、「学生」、「フリーター」、「自営業」、「パート」、「無職」等と記入してください。
- (3) 国民年金の第3号被保険者期間（下記〈参考〉ウ）がある場合は、「勤務先等」欄に「被扶養配偶者」と記入してください。
- (4) 旧農林漁業団体職員共済組合法、旧公共企業体職員等共済組合法等の旧法の適用を受けていた期間については、「その他」を選択するとともに、これらの法令の名称を「備考」欄に記入してください。

2 出向等により退職することなく他の地方公共団体等の職員となった場合には、その出向等の日をそれぞれ前の勤務先の「退職年月日」欄及び後の勤務先の「就職年月日」欄に記入するとともに、共済組合の名称を「備考」欄に記入してください。

<参考>

国民年金の被保険者は、次の3種類に区分されています（国民年金法第7条第1項）。

ア 第1号被保険者

日本国内に住所のある20歳以上60歳未満の人で、次のイ及びウに該当しない方が該当します。

イ 第2号被保険者

厚生年金保険の被保険者、公務員の共済組合の組合員又は私学共済制度の加入者が該当します。

ウ 第3号被保険者

第2号被保険者に扶養されている配偶者で、20歳以上60歳未満の人が該当します。

<派遣（退職）復帰者用>

被扶養者申告書

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。

令和 年 月 日

被扶養者の個人番号については別紙1のとおり届け出ます。

なお、退職時（派遣前）に認定されていた要件に変更がない被扶養者については、確認書類の添付を省略します。

| 組合員証記号番号 又は 府職員番号 | 組合員氏名 | | | | | 所属機関名 | | 被扶養者の要件を備え 又は欠くに至った | | | |
|----------------------|-------|----|-------------|----|-------------|----------|-----|------------------------|----|----|----|
| | 性別 | 続柄 | 生年月日 | 職業 | 年間収入 推計額 | 同居 別居 | 現住所 | 年月日 | 理由 | 判定 | 理由 |
| ----- | | | S H R | | | | | | | | |
| ----- | | | S H R | | | | | | | | |
| ----- | | | S H R | | | | | | | | |
| ----- | | | S H R | | | | | | | | |
| ----- | | | S H R | | | | | | | | |

(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 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。

3 ※欄は記入しないでください。

| | |
|--------|--------------------------|
| 所属所受付欄 | 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 人事局長 |

| | | |
|-------------------------|----|----|
| 地共済大阪府支部事務長 (総括主査専決) | 調査 | 起案 |
| | | |

| |
|---------|
| 共済組合受付印 |
| |

<派遣（退職）復帰者用>

被扶養者申告書

記入例

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。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

なお、退職時（派遣前）に認定されていた要件に変更がない被扶養者については、確認書類の添付を省略します。

| 組合員証記号番号 又は 府職員番号 | 1234567890 | | | | 組合員氏名 | | 共済 太郎 | | 所属機関名 | | 〇〇〇課 | |
|----------------------|-------------------------|----|----------------------|------|-------|---------|-------------|---------|--------------------|----|----------|--|
| | 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 | |
| キョウサイ ハナコ 共済 花子 | 女 | 妻 | S H R 〇.〇.〇 | 無職 | 0円 | 同居 | 大阪市〇〇区△△1-1 | R6.3.31 | 派遣復帰 | | | |
| | | | S H R | | | | | | | | | |
| | | | S H R | | | | | | | | | |
| | | | S H R | | | | | | | | | |
| | | | S H R | | | | | | | | | |
| | | | S H R | | | | | | | | | |

(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 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。

3 ※欄は記入しないでください。

上記のとおり決定します。 令和 年 月 日

| | |
|--------|---|
| 所属所受付欄 | 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 人事局長 |
|--------|---|

| | | |
|-------------------------|----|----|
| 地共済大阪府支部事務長 (総括主査専決) | 調査 | 起案 |
|-------------------------|----|----|

| |
|---------|
| 共済組合受付印 |
|---------|

(別紙1 個人番号報告書)

令和 年 月 日

個人番号 (マイナンバー) 報告書

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-----------------|----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|----|---|--|--|--|
| 所属機関名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職員番号 (組合員番号下6桁) | | | | | | | | | | | | カナ | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | |
| 被扶養者情報 | 氏名 | 続柄 | 個人番号 マイナンバーカード、個人番号通知書又は 個人番号が記載された住民票の写しで確認 | | | | | | | | | | 資格確認書 申請理由 発行が必要な場合は 下記のア～エから該 当する理由を記入 | | | |
| | カナ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 漢字 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | カナ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 漢字 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | カナ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 漢字 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | カナ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 漢字 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | カナ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 漢字 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 資格確認書 交付申請理由 | | ア) マイナンバーカードやマイナ保険証を持っていない イ) マイナ保険証を持っているが、マイナンバーカードの再発行中などで 一時的にマイナ保険証を利用することができない ウ) マイナ保険証を持っているが、利用が難しいなど配慮が必要 エ) マイナ保険証の利用登録解除申請中 | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---------------|------|-------|
| 共済 処理 欄 | (受付) | (備考欄) |
| | | |

記入例

(別紙1 個人番号報告書)

地方職員共済組合大阪府支部

被扶養者用

令和〇年〇月〇日

個人番号（マイナンバー）報告書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|----|---|---|--|---|---|----|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|
| 所属機関名 | | 〇〇 | | | | | | | | | | 資格確認書の交付が必要な場合は、その申請理由を「資格確認書」の項目に下記のア～エから選択してください。 資格確認書の交付が不要な場合は空欄としてください。 | | | | | |
| 職員番号 (組合員番号下6桁) | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 氏名 | | | | | | 六 | | | | |
| 被扶養者情報 | 氏名 | 続柄 | | 個人番号 マイナンバーカード、個人番号通知書又は 個人番号が記載された住民票の写しで確認 | | | | | | | | | | 資格確認書 申請理由 発行が必要な場合は 下記のア～エから該 当する理由を記入 | | | |
| | カナ | キョウサイ ハナコ | | 配偶者 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | ア |
| | 漢字 | 共済 花子 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | カナ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 漢字 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | カナ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 漢字 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | カナ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 漢字 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| カナ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 漢字 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 資格確認書 交付申請理由 | | ア) マイナンバーカードやマイナ保険証を持っていない イ) マイナ保険証を持っているが、マイナンバーカードの再発行中などで 一時的にマイナ保険証を利用することができない ウ) マイナ保険証を持っているが、利用が難しいなど配慮が必要 エ) マイナ保険証の利用登録解除申請中 | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---------------|------|-------|
| 共済 処理 欄 | (受付) | (備考欄) |
| | | |