

被扶養者申告書（1枚目）

組合員 記号番号①	7	4	3	-	組合員氏名 ②	浜田 太郎			所属所名 ③	浜田市							
組合員性別 ④	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	配偶者の 有無 ⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	組合員 生年月日⑥	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	7	年	11	月	15	日	組合員 年齢⑦	36	歳	今回認定 (取消)を 申請する 人数⑧	2	人

フリガナ ⑨	ハマダ ハナコ			申告対象者 生年月日 ⑪	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	7	年	7	月	7	日	申告対象者 性別 ⑫	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	組合員との 続柄 ⑬ (例：長男)	妻			
職業 ⑭	パートタイム			給与等の年間 収入推計額⑮	800,000 円			年金受給の 有無 ⑯	<input type="checkbox"/> 有 (年額 円) <input checked="" type="checkbox"/> 無									
現住所 ⑰	<input checked="" type="checkbox"/> 組合員と 同居 している <input type="checkbox"/> 組合員と 別居 している	現在加入している健康 保険 (取消のみ記入) ⑱			協会けんぽ			資格喪失証明 書発行希望⑲	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
基礎年金 番号 ⑳	※ 申告対象者が60歳未満の配偶者の場合のみ記入												雇用保険の 受給予定㉑	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	退職事由㉒ 認定の申請理由 が退職の場合記入			
医療費助成 該当の有無 ㉓	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭等の医療費等の助成に関する条例 <input checked="" type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費等の助成に関する条例 <input type="checkbox"/> 無												<input type="checkbox"/> 乳幼児医療費等の助成に関する条例 (子が県外在住) <input type="checkbox"/> その他の医療費助成 () ※共済					

申告事由 ㉔	<input checked="" type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 認定替			個人番号 ㉕ ※「認定」の場合のみ記入	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
申告事由 発生日 ㉖	令和 ○ 年 ○ 月 1 日			資格確認書 発行 (注) ㉗ <input checked="" type="checkbox"/> マイナ保険証登録済 <input type="checkbox"/> マイナ保険証未登録	申告事由 発生日 ㉘			組合員資格取得により								

(注) 資格確認書 (カード型) は原則としてマイナ保険証 (健康保険証利用登録をしたマイナンバーカード) 未登録の方に交付します。マイナ保険証登録済で資格確認書が必要な方は、別途「資格確認書交付申請書」をご提出ください。

家族の状況及び援助額㉔（認定もしくは認定替をされる被扶養者に扶養手当が出ない場合記入してください。）													
氏名	年齢	続柄	住所	年金	職業	収入額（推計）	氏名	年齢	続柄	住所	年金	職業	収入額（推計）
浜田 太郎	36	本人	同・別	有・無	公務員	350万 円				同・別	有・無		円
浜田 花子	30	妻	同・別	有・無	パート	80万 円				同・別	有・無		円
浜田 一郎	3	長男	同・別	有・無	無	0 円	全日制学生でない 別居者のみ援助額			月額			円
江津 桜江	66	妻の母	同・別	有・無	無	180万 円							

認定を必要とする申立事項㉚ (認定もしくは認定替をされる被扶養者に扶養手当が出ない場合記入してください。)	
申告対象者の 配偶者の有無	有 妻は週3回、一日4時間程度のパートで働いており、今後一年間の収入見込は 80万円であるため扶養を申請します。

※ この枠の中の項目は、所属所の給与事務担当者が記入してください	
上記申告対象者に 係る扶養手当 ㉛	<input type="checkbox"/> 有 ㉜ <input type="checkbox"/> 無 (理由:)

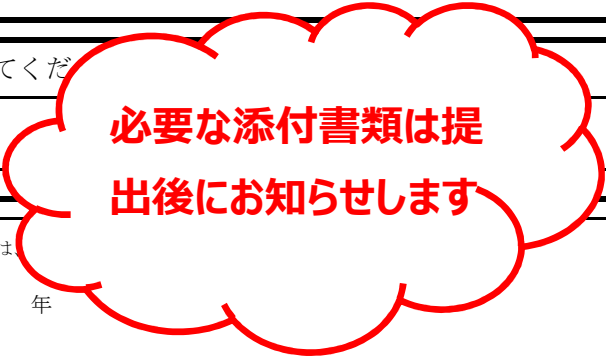
上記のとおり申告いたします。なお、貴組合から当該申告に関して書類 の追加提出を求められた場合は、速やかに提出いたします。 島根県市町村職員共済組合理事長 様 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 申告者 住 所 浜田市○○町○○番地 ○○アパート○号 氏 名 浜田 太郎	上記の事項は 令和 年 所属所長 職 名 浜田市長 三浦 大紀 氏 名
--	--

※※※ 共済組合使用欄 ※※※

令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定			
令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取消			
課長	主担当	副担当	3号	高齢証
			有・無 60歳以上不要	有・無

所属所受付印

共済組合受付印



被扶養者申告書（2枚目）

組合員 記号番号①	7	4	3	-	組合員 氏名②	浜田 太郎	所属所名 ③	浜田市
--------------	---	---	---	---	------------	-------	-----------	-----

フリガナ ⑨	ハマダ イチロウ				申告対象者 生年月日 ⑪	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 4 年 10 月 5 日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	申告対象者 性別 ⑫	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	組合員との 続柄 ⑬ (例：長男)	長男								
申告対象者 氏名 ⑩	浜田 一郎				給与等の年間 収入推計額⑮	0 円	年金受給の 有無 ⑯	<input type="checkbox"/> 有 (年額 円) <input checked="" type="checkbox"/> 無										
職業 ⑭	未就学児				現在加入している健康 保険 (取消のみ記入) ⑬	協会けんぽ			資格喪失証明 書発行希望⑰	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
基礎年金 番号 ⑳	※ 申告対象者が60歳未満の配偶者の場合のみ記入				雇用保険の 受給予定㉑	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	退職事由② 認定の申請理由 が退職の場合記入											
医療費助成 該当の有無 ㉒	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭等の医療費等の助成に関する条例 <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費等の助成に関する条例 <input checked="" type="checkbox"/> 無				<input type="checkbox"/> 乳幼児医療費等の助成に関する条例 (子が県外在住) <input type="checkbox"/> その他の医療費助成 ()		※共済											
申告事由 ㉔	<input checked="" type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 認定替				個人番号 ㉕ ※「認定」の場合のみ記入		2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4
申告事由 発生日月 ㉖	令和 ○ 年 ○ 月 1 日				資格確認書 発行 (注) ㉗	<input checked="" type="checkbox"/> マイナ保険証登録済 <input type="checkbox"/> マイナ保険証未登録	申告事由 発生日理由 ㉘		組合員資格取得により									

(注) 資格確認書 (カード型) は原則としてマイナ保険証 (健康保険証利用登録をしたマイナンバーカード) 未登録の方に交付します。マイナ保険証登録済で資格確認書が必要な方は、別途「資格確認書交付申請書」をご提出ください。

認定を必要とする申立事項③⑩ (認定もしくは認定替をされる被扶養者に扶養手当が出ない場合記入してください。)	
申告対象者の 配偶者の有無	無 (未婚) 長男は未就学児であり、妻よりも自分の収入が多いため扶養を申請します。

※ この枠の中の項目は、所属所の給与事務担当者が記入してください。	
上記申告対象者に 係る扶養手当 ③⑩	<input type="checkbox"/> 有 ④⑩ <input type="checkbox"/> 無 (理由 :)

フリガナ ⑨					申告対象者 生年月日 ⑪	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	申告対象者 性別 ⑫	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	組合員との 続柄 ⑬									
申告対象者 氏名 ⑩					給与等の年間 収入推計額⑮	円	年金受給の 有無 ⑯	<input type="checkbox"/> 有 (年額 円) <input type="checkbox"/> 無										
職業 ⑭					現在加入している健康 保険 (取消のみ記入) ⑬				資格喪失証明 書発行希望⑰	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
基礎年金 番号 ⑳	※ 申告対象者が60歳未満の配偶者の場合のみ記入				雇用保険の 受給予定㉑	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	退職事由② 認定の申請理由 が退職の場合記入											
医療費助成 該当の有無 ㉒	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭等の医療費等の助成に関する条例 <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費等の助成に関する条例 <input type="checkbox"/> 無				<input type="checkbox"/> 乳幼児医療費等の助成に関する条例 (子が県外在住) <input type="checkbox"/> その他の医療費助成 ()		※共済											
申告事由 ㉔	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 認定替				個人番号 ㉕ ※「認定」の場合のみ記入													
申告事由 発生日月 ㉖	令和 年 月 日				資格確認書 発行 (注) ㉗	<input type="checkbox"/> マイナ保険証登録済 <input type="checkbox"/> マイナ保険証未登録	申告事由 発生日理由 ㉘											

(注) 資格確認書 (カード型) は原則としてマイナ保険証 (健康保険証利用登録をしたマイナンバーカード) 未登録の方に交付します。マイナ保険証登録済で資格確認書が必要な方は、別途「資格確認書交付申請書」をご提出ください。

認定を必要とする申立事項③⑩ (認定もしくは認定替をされる被扶養者に扶養手当が出ない場合記入してください。)	
申告対象者の 配偶者の有無	

※ この枠の中の項目は、所属所の給与事務担当者が記入してください。	
上記申告対象者に 係る扶養手当 ③⑩	<input type="checkbox"/> 有 ④⑩ <input type="checkbox"/> 無 (理由 :)

記入要領

- ・チェックボックスのある事項は、該当する項目に☑を付けてください。
- ・①～⑧は、組合員に関する事項を記入してください。
- ・エクセルで入力する場合は、黄色のセル⑧⑬⑭⑮⑲⑳㉑の事項はプルダウンメニューで選択可能です。
- ・⑧が2人以上の場合は、「被扶養者申告書(2枚目)」の提出をお願いします。
- ・⑨以降は、被扶養者(認定対象者)に関する事項を記入してください。
- ・⑬は、子については「長男」「二女」等、戸籍上の続柄を記入してください。
- ・⑭～㉑については、申告内容に応じて記入してください。
- ・⑯は、老齢年金、遺族年金、障害年金、個人年金、年金生活者支援給付金等、全ての年金が対象となります。
年額には、受給している全ての年金の年間総額を記入してください。
- ・⑰は、住民票が組合員と同一の場合でも、現在住んでいる居所が組合員と異なる場合は「別居」となります。
- ・⑱は、取消の場合、申告事由発生日月日において、被扶養者(認定対象者)が加入している(加入する)健康保険を記入してください。
- ・⑲は、取消の場合に、どちらかに☑を付けてください。
- ・㉒は、被扶養者(認定対象者)の退職に伴う認定の場合、雇用保険の受給予定についてどちらかに☑を付けてください。
- ・㉓は、被扶養者(認定対象者)の退職に伴う認定の場合、「自己都合」「任期満了」「会社都合」の退職理由を記入してください。
- ・㉔は、被扶養者(認定対象者)が市町村の条例等による医療費助成を受けている場合に☑を付けてください。
あわせて「市町村の条例等による医療費助成の受給報告書」の提出が必要な場合があります。
- ・㉕は、今回の申告自由が発生した理由を記入してください。
【認定の場合の例】組合員の資格取得、出生、婚姻、退職、収入減少、雇用保険の受給終了、生計維持者の変更等
【取消の場合の例】就職、収入増加、雇用保険の受給開始、生計維持者の変更、年金受給開始等
【認定替の場合の例】進学、組合員の種別変更等
- ・㉖の援助額は、組合員または被扶養者(認定対象者)の通帳(口座名義人がわかるところを含む)、銀行の振込依頼書、ATMの利用明細書等送金が証明出来る書類の写しを添付してください。(直近3カ月分)
アパート等賃貸契約に関する月々の費用を援助額として提出する場合は、誰が居住するアパート等であるか確認ができる書類も必要です。
別居し、かつ扶養手当が支給されていないものを被扶養者として認定する場合、組合員からその被扶養者(認定対象者)に対して、その者の収入の1/2以上の額(最低3万円以上)を毎月仕送りしていることが必要です。
- ・㉗は、認定もしくは認定替を受ける人で、扶養手当が支給されない場合のみ記入してください。(組合員が会計年度任用職員の場合には、記入が必要)
被扶養者の現在の状況と今後の収入の見込みについて、具体的に記入してください。
収入がある場合は、給料月額証明書等 収入について分かる書類を添付してください。
- ・申告内容を確認するための資料が必要ですので、
「FAQ— 書式・様式— 人事— 届出— 職員」各種届出に必要な書類」を参考にしてください。
また、人事課 給与係 にご相談ください。

