

認定のとき

標準報酬月額ではなく、給料月額を記入してください。

被扶養者申告書

組合員証 記号番号 又は 個人番号	北都市 〇 第 〇〇〇〇 号	所属課所	〇〇 部 〇〇 課
フリガナ	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	給料月額	行・医 () 〇 級 〇〇 号俸 〇〇〇, 〇〇〇 円
組合員氏名	〇〇 〇〇	生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 平成

認定 を 受 け よ う と す る 者	フリガナ	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	性別	続柄	生年月日	扶養手当 受給の有無	※ 認定年月日
	氏名	〇〇 〇〇	男・女	妻	昭・平	有・無	
	個人番号 (マイナンバー)	2枚目にご記入ください。					
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇条〇丁目〇番地	職業	年間所得 推計額	給与事務担当者 証明印	平成	
	要件が生じた 年月日及びその理由	平成〇〇年〇〇月〇〇日のため		無	〇円	(印)	
フリガナ		性別	続柄	生年月日	扶養手当 受給の有無	※ 認定年月日	
氏名		男・女		昭・平	有・無		
個人番号 (マイナンバー)	2枚目にご記入						
住所	〒	職業	年間所得 推計額	給与事務担当者 証明印	平成		
要件が生じた 年月日	2枚目に個人番号を記入してください。						
フリガナ		性別	続柄	生年月日	扶養手当 受給の有無	※ 認定年月日	
氏名		男・女		昭・平	有・無		
個人番号 (マイナンバー)	2枚目にご記入ください。						
住所	〒	職業	年間所得 推計額	給与事務担当者 証明印	平成		
要件が生じた 年月日及びその理由							

上記のとおり申告します。

北海道都市職員共済組合理事長 様

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇市〇〇町〇条〇丁目〇番地

組合員 氏名 〇 〇 〇 〇 (印)

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

職名 〇 〇 市長

所属所長 氏名 〇 〇 〇 〇 (市〇長印)

- 「年間所得推計額」欄には、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、資産所得、事業所得、その他の所得の推計額を記入してください。
- 扶養事実の発生の理由は、「被扶養者の要件が生じた年月日及びその理由」欄に具体的に詳しく書いて下さい。
- ※欄は記入しないでください。
(注) 添付書類は裏面をご参照ください。

取消のとき

標準報酬月額ではなく、給料月額を記入してください。

被扶養者申告書

組合員証号 北都市 〇 第 〇〇〇〇 号	所属所 〇 〇 部 〇 〇 課
フリガナ 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	給料 (行・医) 〇 級 〇 号俸 〇〇〇, 〇〇〇 円
組合員氏名 〇 〇 〇 〇	
生年月日 昭和・平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	

取消を受けようとする者の氏名 (フリガナはカタカナで)	性別・続柄	生年月日	職業	年間所得推計額 円	現住所	扶養手当受給の有無	給与事務担当者証明	被扶養者の要件に欠けた年月日及びその理由	※取消年月日
〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇 〇 〇 〇	女妻	昭和 〇〇 〇〇 〇〇	無	〇	〇〇市〇〇町〇条〇丁目〇〇番地	有 無	(印)	H00.00.00 雇用保険受給	平
	昭平					有 無			平
	昭平					有 無			平
	昭平					有 無			平
	昭平					有 無			平
	昭平					有 無			平

性別・続柄をご記入してください。

共済組合で記入します。

上記のとおり申告します

北海道都市職員共済組合理事長 様

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所 〇〇市〇〇町〇条〇丁目〇〇番地

組合員 氏名 〇 〇 〇 〇 (印)

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

職名 〇 〇 市長

所属所 氏名 〇 〇 〇 〇 (市〇長印)