

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 記号番号	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	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 円
組合員氏名	〇 〇 〇 〇	給料	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 円
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	現住所	扶養手当の有無	給付事務担当印	被扶養者の要件を欠くに至っ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 年 〇〇 月 〇〇 日	無	円 〇	〇〇市〇〇町〇条 〇丁目〇〇番地	有	印	H00.00.00 雇用保険受給	平
		昭和 平				有 無			平
		昭和 平				有 無			平
		昭和 平				有 無			平
		昭和 平				有 無			平
		昭和 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

