

共 済 組 合 事 務 処 理 欄			

被 扶 養 者 申 告 書 (増 ・ 減)

神戸市職員共済組合理事長 宛

組合員証の記号・番号	記号	3	番号	(職員番号)	所属名	病院名を記入																
組合員氏名	神戸 太郎			組合員の生年月日	昭和・平成	〇〇年	〇〇月	〇〇日	標準報酬月額	等級	円											
組合員種別 (該当に○)	<input type="checkbox"/> 一般職員 <input type="checkbox"/> 任期付職員 <input type="checkbox"/> 再任用職員 (フルタイム) <input type="checkbox"/> 再任用職員 (短時間) <input type="checkbox"/> 会計年度任用職員 <input checked="" type="checkbox"/> その他特別職 ○病院機構職員																					
フリガナ	性別	続柄	生年月日	職業	年間所得推計額	住 所				異動年月日及び理由	※ 給与担当課記入欄		※ 共済組合記入欄									
コウベ ハルコ	男・女	妻	昭和 平成 1年1月1日	-	1,492,000 円	〒 650-0047 神戸市中央区〇〇町2丁目2番地				令和 6年 4月 1日 (増) 採用・出生・結婚・退職・所得減・扶養者変更・その他 (減) 就職・所得増・結婚・死亡・扶養者変更・離婚・後期高齢勤務先で社会保険加入・その他	令和 年 月 日	判定	備考	認定区分								
神戸 春子	男・女	妻	昭和 平成 年 月 日			個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0				普通
	男・女		昭和 平成 年 月 日			個人番号																普通
	男・女		昭和 平成 年 月 日			個人番号																普通
上記のとおり申告します。											令和 6年 4月 1日											
申告者 (住所) 神戸市中央区〇〇町2丁目2番地											(氏名) 神戸 太郎											
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		(担当者名)									
所属所長 (補職名)											(氏名)		(連絡先)		-							

網掛け部分は
記入しないで
ください

- 「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(消滅)の理由は、「異動年月日及び理由」欄に具体的に詳しく書いてください。
- ※印欄は記入しないでください。
- 申請するに至った事実発生日が確認できるもののコピーを添付してください。
- 普通認定者(扶養手当の支給対象者)の申請の場合は、給与担当課で扶養手当の支給・廃止が決定されてから共済組合の決定を行います。普通認定以外の認定の場合、申立書(様式 3-3-1)及び同居・別居届(様式 3-3-2)も必要です。また、その他添付書類が必要な場合があります。認定対象者が20歳以上60歳未満の配偶者である場合は、国民年金第3号被保険者関係届もあわせて提出してください。
- 被扶養者の認定を取消す場合は、共済組合より発行している被扶養者証もあわせて返却してください。
- 住民票が日本国内にない被扶養者を申請する場合は、国内居住要件の例外に該当するかを確認のうえ、それを証する書類(留学先の学生証・査証など)および同居・別居届(様式 3-3-2)を添付してください。

給与担当課受付印	共済組合受付印