

被扶養者 認定申告書 取消申告書 住所変更届

被扶養者の取消申告のため喪失証明書の交付を希望します。

(参考)

認定理由	婚姻・出生・組合員の共済異動・離職 扶養替え・収入減少・養子縁組 雇用保険の支給終了・その他
取消理由	就職・収入増加・扶養替え・死亡 雇用保険支給開始・年金受給開始 その他

組合員欄

組合員証番号	職名	氏名	所属機関名	給料(基本給を記入)
				職給号給円

※ 所属機関名は給与(コード上の)所属となります。したがって、所属所受付印及び所属所長の公印も同様となります。

被扶養者欄

氏名	生年月日	性別	続柄	扶養手当	給与担当者印	職業	年間の収入推計金額
(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	印		万円

70歳以上(前期高齢者医療適用)

住所 <input type="checkbox"/> 組合員と同居(住所欄の記入不要) <input type="checkbox"/> 組合員と別居(住所欄に記入してください)	認定年月日	認定理由(具体的に)
〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> (フリガナ)	平成 年 月 日	
(マンション等号室まで詳しく記入)	取消年月日	取消理由(具体的に)
	平成 年 月 日	

被扶養者欄

氏名	生年月日	性別	続柄	扶養手当	給与担当者印	職業	年間の収入推計金額
(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	印		万円

70歳以上(前期高齢者医療適用)

住所 <input type="checkbox"/> 組合員と同居(住所欄の記入不要) <input type="checkbox"/> 組合員と別居(住所欄に記入してください)	認定年月日	認定理由(具体的に)
〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> (フリガナ)	平成 年 月 日	
(マンション等号室まで詳しく記入)	取消年月日	取消理由(具体的に)
	平成 年 月 日	

所属所受付	支部受付

上記のとおり申告(届出)します。(組合員)

地方職員共済組合大分県支部長 殿

住所
平成 年 月 日

氏名
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。(所属所長)

職名
平成 年 月 日
氏名

※ 年間収入推計額には、非課税の遺族年金や障害年金も含まれます。被扶養者の取消申告の場合は、その事由が確認できる書類(保険証など)のコピーを添付してください。