

被扶養者申告書(認定・変更関係)

(下記該当項目に○印をつけて下さい。)

新規普通認定

・新規特別認定

・特認→普通変更

・普通→特認変更

- ・特別認定更新

所属コード		71101		組員氏名			
所属所機関名		岐阜県総合医療センター					
組員証記号番号 (職員番号)		地・岐阜		生年月日		昭和・平成 年 月 日	
扶養親族漢字氏名 (カナ)		姓		名			
生年月日		昭和 平成 年 月 日 令和		性別		男・女	
被扶養者の職業				続柄			
市町村からの 福祉医療費の助成 (当てはまるものに○を打つこと)		有・無 (助成内容;子ども・父子母子家庭 ・重度心身障害・精神障害・その他)		年間所得 推計額		円 (事実発生日より将来に向かって1年間の見込み)	
現住所居住 開始年月日		昭和 平成 年 月 日 令和		同別居		1:同居 2:別居 3別居(配偶者と同居)	
被扶養者現住所		〒 -					
住民票上の住所 (現住所と異なる場合記入)							
(事実発生日)		令和 年 月 日					
被扶養者の要件を 備えるに至った 年月日及びその理由		(理由)					
※判定及び理由 (共済にて記入)							
給与事務 担当者氏名				扶養手当の有無		有・無	
給与事務 担当者証明印				標準報酬月額		円	
上記のとおり申告します。 地方職員共済組合岐阜県支部長 殿							
令和 年 月 日		住所 申告者 氏名					
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		職名 所属所長 氏名		地方独立行政法人 岐阜県総合医療センター 理事長 桑原 尚志			

1 「年間所得推計額」の欄には、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。

2 扶養事実発生の理由は、「被扶養者の要件を備えるに至った理由」欄に具体的に詳しく書いてください。

3 ※印欄は、記入しないでください。

4 太枠内色付欄は、給与事務担当者が記入してください。

5 医療費の自己負担分について市町村より助成を受けている場合は、市町村からの医療費助成の欄は、「有」としてください。

共済受付印

病院受付印

被扶養者申告書(認定・変更関係)

記入例
1人につき
1枚必要

(下記該当項目に○印をつけて下さい。)

新規普通認定

・新規特別認定

・特認→普通変更

・普通→特認変更

・特別認定更新

所属コード	71101	組合員氏名	厚生 太郎
所属所機関名	岐阜県総合医療センター		
組合員証記号番号 (職員番号)	地・岐阜 00000	生年月日	昭和・平成 41年 5月 1日
扶養親族漢字氏名	姓 厚生	名 花子	
(カナ)	コウセイ	ハナコ	
生年月日	昭和 43年 7月 1日 平成 令和	性別	男・女
被扶養者の職業	パート	続柄	子の場合は、長男、 次女、養子等と記 妻
市町村からの 福祉医療費の助成	有・無 (助成内容:子ども・父子母子家庭 重度心身障害・精神障害・その他)	年間所得 推計額	100万 円 (事実発生日より将来に向かって1年間の見込み)
現住所居住 開始年月日	昭和 平成 令和 21年 11月 11日	同別居	1:同居 2:別居 3:別居(配偶者と同居)
被扶養者現住所	〒500-8570 岐阜市藪田南2丁目1番1号	必ず記入してください。	
住民票上の住所 (現住所と異なる場合記入)	同上	必ず記入してください。現住所と同じ場合は「同上」と記入してください。	
(事実発生日) 被扶養者の要件を 備えるに至った 年月日及びその理由	令和 4年 5月 1日 (理由) 新規採用	採用日を記入してください。	
※判定及び理由 (共済にて記入)			
給与事務 担当者氏名		扶養手当の有無	有・無
給与事務 担当者証明印		標準報酬月額	円
上記のとおり申告します。 地方職員共済組合岐阜県支部長 殿 令和 4年 4月 1日 住所 岐阜市藪田南2丁目1番1号 申告者 氏名 厚生 太郎 採用日を記入してください。			
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 職名 地方独立行政法人 所属所長 ○○病院 氏名 理事長 岐阜 一郎			

1 「年間所得推計額」の欄には、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。

2 扶養事実発生の理由は、「被扶養者の要件を備えるに至った理由」欄に具体的に詳しく書いてください。

3 ※印欄は、記入しないでください。

4 太枠内色付欄は、給与事務担当者が記入してください。

5 医療費の自己負担分について市町村より助成を受けている場合は、市町村からの医療費助成の欄は、「有」としてください。

共済受付印

病院受付印