

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

所属コード	71101	組合員氏名				
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	生年月日	昭和 平成	年	月	日
		姓		名		
扶養親族漢字氏名  (カナ)						
生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男 ・ 女
個人番号				—		—
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】 乳幼児・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 令和	年	月	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	〒 —					
住民票上の住所 (現住所と異なる場合記入)						
(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 年 月 日(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	
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 様						
令和 年 月 日 住所 申告者 氏名						
上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。						
令和 年 月 日 職名 地方独立行政法人 岐阜県総合医療センター 所属所長 氏名 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

(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

所属コード	7 1 1 0 X	組合員氏名	共 済 太 郎
所属所機関名	〇〇病院		
組合員証記号番号 (職員番号)	地・岐阜	生年月日	昭和 40年 4月 1日 平成
扶養親族漢字氏名	共 済	姓	花 子
(カナ)	キョウサイ	名	ハナコ
生年月日	昭和 43年 4月 4日 平成	個人番号確認書類(マイナンバーカードの写し等)で確認のうえ、記載してください。	男 ・ 女
個人番号	4 4 4 4 - 5 5 5 5 - 6		子の場合は長男、次女、養子等と記入してください。
被扶養者の職業	パート	「有」の場合は該当に○をつけてください。	妻
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】 乳幼児・子ども、父子母子家庭、重度心身障害、精神障害、その他	1,000,000 円
現住所居住開始年月日	昭和 31年 3月 1日 平成	同居 1: 同居 2: 別居 3: 別居(配偶者と同居)	各種控除前の総収入金額です。
被扶養者現住所	〒 500 - 8570	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)	令和 6年 4月 1日	採用日を記入してください。	
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) 新規採用		
※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

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

令和 6年 4月 1日 申告者 住所 岐阜市藪田南2丁目1番1号  
氏名 共 済 太 郎 署名

上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。

令和 年 月 日 職名 地方独立行政法人  
所属所長 〇〇病院 理事長  
氏名 〇〇 〇〇

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  
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  
※印欄は、記入しないでください。  
3 太枠内欄は、給与事務担当者が記入してください。  
4 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  
の欄は、「有」としてください。

被扶養者証(保険証)申請年月日は、病  
院受付日で判断します。  
(事実発生日から30日を超えて申請した  
場合、この日からの認定になります。遡  
及して認定できません。)

病院受付印

令和6年4月3日  
受付