



被扶養者（認定・取消）申告書



共済組合受付印

任意継続組合員証記号番号 ○○○○ - ○○○○		元所属所名 △△市		任意継続組合員氏名 ○○○○		任意継続組合員現住所 〒 123 - 4567 ○○市○町○丁目○○番地○					
認定(取消)を受けようとする者の氏名 フリガナ ○○○○○ ○○○○○	性別	生年月日	続柄	職業	年間収入推計額(種類)	同居(世帯)・別居の別 ※同居の場合は世帯区分(同・別)に○を記載(別居のときは現住所を記入のこと)	被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及びその理由	資格喪失証明書発行希望の有無	※判定及び理由		
									判定	年月日	理由
	男	昭平令 年 月 日	○	○○	999,999 (○○○)	同居(同世帯・別世帯)・別居 〒 -	令和○○年○○月○○日 理由:○○○○○○○	有・無			
	女	昭平令 年 月 日				同居(同一世帯・別世帯)・別居 〒 -	理由:	有・無			
	男	昭平令 年 月 日				同居(同一世帯・別世帯)・別居 〒 -	令和 年 月 日 理由:	有・無			
	女	昭平令 年 月 日				同居(同一世帯・別世帯)・別居 〒 -	理由:	有・無			

(注)認定申請の事由が退職によるものの場合に、雇用保険の状況を記入のこと。

雇用保険の状況	加入 (・受給資格なし ・申請手続き予定 ・申請手続き中 ・受給しない) 非加入
---------	---

上記のとおり申告します。 鳥取県市町村職員共済組合 理事長 様 令和 ○○年 ○○月 ○○日 申告者 ○○○○	※ 決 裁	事務局次長	課 長
	令和 年 月 日	合 議	
		主 査	