

(処理伺)

(共済組合提出用)

課長	補佐	主幹	担当

申告区分及び申告事由 (該当事項を○で囲む)	
① 一般	㉞ 被扶養者申告書……………a 認定 b 取消 イ 被扶養者訂正申告書……………a 氏名(フリガナを含む) b 生年月日 c 続柄 d 住所
2 任職	ウ 公費負担申告書……………a 該当 b 取消

入力日	
証交付	
証回収	本家

共済被扶養者申告書
所属所名 ○ ○ 市

所属所コード	組合員証番号	組合員氏名	組合員の個人番号(記号番号を記入した場合は不要)	標準報酬月額 千円
3 3 3	1 2 3 4	共済 太郎		4 1 0

被扶養者氏名 カナ キョウサイ ハナコ 漢字 共済 花子	性別 2 生年月日 元号 3 △ △ 0 4 2 4 日 続柄コード 2 1 続柄 配偶者	個人番号(マイナンバー)	配偶者のみ 基礎年金番号 4 3 2 1 0 9 8 7 6 5	同居・別居 同 別 扶養控除 有 無 扶養手当 有 無
認定・取消 (事由・年月日) 事由 元号 年 月 日	年間所得推計額 円 0	職業 無職	資格喪失証明書の交付を希望 (取消時のみいずれかに○印) する しない	
公費コード	公費該当年月日 元号 年 月 日 公費不該当年月日 元号 年 月 日	国民年金第3号 3号届提出 該当 非該当 有 無	氏名・住所変更年月日 元号 年 月 日	
被扶養者の住所 〒 - フリガナ	申告の理由及び事実発生日月日 令和△△年3月31日会社を退職し、 4月1日から家事に専念するため			

被扶養者氏名 カナ キョウサイ イチロウ 漢字 共済 一郎	性別 1 生年月日 元号 5 △ △ 0 4 0 1 日 続柄コード 3 1 続柄 長男	個人番号(マイナンバー)	配偶者のみ 基礎年金番号	同居・別居 同 別 扶養控除 有 無 扶養手当 有 無
認定・取消 (事由・年月日) 事由 元号 年 月 日	年間所得推計額 円 0	職業 無職	資格喪失証明書の交付を希望 (取消時のみいずれかに○印) する しない	
公費コード	公費該当年月日 元号 年 月 日 公費不該当年月日 元号 年 月 日	国民年金第3号 3号届提出 該当 非該当 有 無	氏名・住所変更年月日 元号 年 月 日	
被扶養者の住所 〒 - フリガナ	申告の理由及び事実発生日月日 令和△△年4月1日出生のため			

申告者欄	上記のとおり申告します。 群馬県市町村職員共済組合理事長 様 令和 △△ 年 4 月 10 日 住所 前橋市元総社町335-8 申告者 氏名 共済 太郎	所属所証明欄	上記の記載事項は、真実と相違ないものと認めます。 令和 △△ 年 4 月 10 日 職名 ○ ○ 市長 所属所長 氏名 赤城 一郎
------	--	--------	--

注意事項 1 記入に際しては、黒色のボールペンで丁寧に記入してください。
2 網かけ欄は、記入しないでください。

申告書所属所受理年月日 令和 △△ 年 4 月 10 日	所属所担当者
---------------------------------	--------

(処理伺)

(共済組合提出用)

課長	補佐	主幹	担当

申告区分及び申告事由 (該当事項を○で囲む)	
① 一般	㉞ 被扶養者申告書……………a 認定 ㊦ 取消
2 任職	イ 被扶養者訂正申告書……………a 氏名(フリガナを含む) b 生年月日 c 続柄 d 住所
	ウ 公費負担申告書……………a 該当 b 取消

入力日	
証交付	
証回収	本家

共済被扶養者申告書
所属所名 ○ ○ 市

所属所コード 3 3 3	組合員証番号 1 2 3 4	組合員氏名 共済 太郎	組合員の個人番号(記号番号を記入した場合は不要)	標準報酬月額 千円
-----------------	-------------------	----------------	--------------------------	-----------

被扶養者氏名 カナ キョウサイ イチロウ 漢字 共済 一郎	性別 1	生年月日 元号 4 △ △ 0 6 1 0 年 月 日	続柄コード 3 1	続柄 長男
個人番号(マイナンバー)	配偶者のみ	基礎年金番号	同居・別居 同 別	扶養控除 有 無
認定・取消 (事由・年月日) 事由 元号 年 月 日	年間所得推計額 円	職業	資格喪失証明書の交付を希望 (取消時のみいずれかに○印) する <input type="radio"/> しない <input checked="" type="radio"/>	
公費コード	公費該当年月日 元号 年 月 日	公費不該当年月日 元号 年 月 日	配偶者のみ 国民年金第3号 該当 非該当	3号届提出 有 無
氏名・住所変更年月日 元号 年 月 日	被扶養者の住所 〒 - フリガナ			
				申告の理由及び事実発生年月日 令和△△年4月1日 就職したため

被扶養者氏名 カナ キョウサイ ジロウ 漢字 共済 二郎	性別 1	生年月日 元号 4 △ △ 0 7 1 0 年 月 日	続柄コード 3 2	続柄 二男
個人番号(マイナンバー)	配偶者のみ	基礎年金番号	同居・別居 同 別	扶養控除 有 無
認定・取消 (事由・年月日) 事由 元号 年 月 日	年間所得推計額 円	職業	資格喪失証明書の交付を希望 (取消時のみいずれかに○印) する <input checked="" type="radio"/> しない <input type="radio"/>	
公費コード	公費該当年月日 元号 年 月 日	公費不該当年月日 元号 年 月 日	配偶者のみ 国民年金第3号 該当 非該当	3号届提出 有 無
氏名・住所変更年月日 元号 年 月 日	被扶養者の住所 〒 - フリガナ			
				申告の理由及び事実発生年月日 令和△△年4月1日雇用形態の変更により収入が基準額を超過したため

申告者欄	上記のとおり申告します。 群馬県市町村職員共済組合理事長 様 令和 △△ 年 4 月 10 日 住所 前橋市元総社町335-8 申告者 氏名 共済 太郎	所属所証明欄	上記の記載事項は、真実と相違ないものと認めます。 令和 △△ 年 4 月 10 日 職名 ○ ○ 市長 所属所長 氏名 赤城 一郎
------	--	--------	--

注意事項 1 記入に際しては、黒色のボールペンで丁寧に記入してください。
2 網かけ欄は、記入しないでください。

申告書所属所受理年月日 令和 △△ 年 4 月 10 日	所属所担当者
---------------------------------	--------

(処理伺)

(共済組合提出用)

課長	補佐	主幹	担当

申告区分及び申告事由 (該当事項を○で囲む)	
① 一般	ア 被扶養者申告書……………a 認定 b 取消 ② 被扶養者訂正申告書……………a 氏名(フリガナを含む) b 生年月日 c 続柄 ③ 住所
2 任職	ウ 公費負担申告書……………a 該当 b 取消

入力日	
証交付	
証回収	本家

共済被扶養者申告書
所属所名 ○ ○ 市

所属所コード 3 3 3	組合員証番号 1 2 3 4	組合員氏名 共済 太郎	組合員の個人番号(記号番号を記入した場合は不要)	標準報酬月額 千円
-----------------	-------------------	----------------	--------------------------	-----------

被扶養者氏名 カナ キョウサイ ハルコ 漢字 共済 春子	性別 2 生年月日 元号 4 △ △ 0 8 2 4 年 月 日 続柄コード 4 1 続柄 長女	個人番号(マイナンバー)	配偶者のみ 基礎年金番号	同居・別居 同 別 扶養控除 有 無 扶養手当 有 無
認定・取消 (事由・年月日) 事由 元号 年 月 日	年間所得推計額 円 0	職業 学生	資格喪失証明書の交付を希望 (取消時のみいずれかに○印) する しない	
公費コード	公費該当年月日 元号 年 月 日 公費不該当年月日 元号 年 月 日	国民年金第3号 該当 非該当 有 無 3号届提出 有 無	氏名・住所変更年月日 元号 年 月 日	
被扶養者の住所 〒 206-0036 フリガナ トウキョウトタマシナカザワ3-2-1 東京都多摩市中沢3-2-1		申告の理由及び事実発生日 令和△△年4月1日 大学へ進学したため 組合員の援助年額〇〇〇万円、毎月△△万円を送金		

被扶養者氏名 カナ キョウサイ サブローウ 漢字 共済 三郎	性別 1 生年月日 元号 4 △ △ 0 7 2 7 年 月 日 続柄コード 3 3 続柄 三男	個人番号(マイナンバー)	配偶者のみ 基礎年金番号	同居・別居 同 別 扶養控除 有 無 扶養手当 有 無
認定・取消 (事由・年月日) 事由 元号 年 月 日	年間所得推計額 円	職業	資格喪失証明書の交付を希望 (取消時のみいずれかに○印) する しない	
公費コード	公費該当年月日 元号 年 月 日 公費不該当年月日 元号 年 月 日	国民年金第3号 該当 非該当 有 無 3号届提出 有 無	氏名・住所変更年月日 元号 年 月 日	
被扶養者の住所 〒 - フリガナ		申告の理由及び事実発生日 令和△△年4月1日 同居し自宅から通学するため		

申告者欄	上記のとおり申告します。 群馬県市町村職員共済組合理事長 様 令和 △△ 年 4 月 10 日 住所 前橋市元総社町335-8 申告者 氏名 共済 太郎	所属所証明欄	上記の記載事項は、真実と相違ないものと認めます。 令和 △△ 年 4 月 10 日 職名 ○ ○ 市長 所属所長 氏名 赤城 一郎
------	--	--------	--

注意事項 1 記入に際しては、黒色のボールペンで丁寧に記入してください。
2 網かけ欄は、記入しないでください。

申告書所属所受理年月日 令和 △△ 年 4 月 10 日	所属所担当者
---------------------------------	--------

(処理伺)

(共済組合提出用)

課長	補佐	主幹	担当

申告区分及び申告事由 (該当事項を○で囲む)	
① 一般	ア 被扶養者申告書……………a 認定 b 取消
	イ 被扶養者訂正申告書……………㊦ 氏名(フリガナを含む)
2 任職	ウ 公費負担申告書……………a 該当 b 取消
	⑤ 生年月日 c 続柄 d 住所

入力日	
証交付	
証回収	本家

共済被扶養者申告書
所属所名 ○ ○ 市

所属所コード	組合員証番号	組合員氏名	組合員の個人番号(記号番号を記入した場合は不要)	標準報酬月額 千円
3 3 3	1 2 3 4	共済 太郎		

被扶養者氏名 カナ キョウサイ シロウ 漢字 共済 次郎	性別 1 生年月日 元号 4 △ △ 0 7 2 7 続柄コード 3 2 続柄 二男	個人番号(マイナンバー)	配偶者のみ 基礎年金番号	同居・別居 同 別	扶養控除 有 無	扶養手当 有 無
認定・取消 (事由・年月日) 事由 元号 年 月 日	年間所得推計額 円	職業	資格喪失証明書の交付を希望 (取消時のみいずれかに○印) する しない	公費コード	公費該当年月日 元号 年 月 日 公費不該当年月日 元号 年 月 日	氏名・住所変更年月日 元号 年 月 日
被扶養者の住所 〒	フリガナ	申告の理由及び事実発生日 氏名の訂正 二郎→次郎				

被扶養者氏名 カナ キョウサイ ナツミ 漢字 共済 なつみ	性別 2 生年月日 元号 4 △ △ 0 5 2 7 続柄コード 4 2 続柄 二女	個人番号(マイナンバー)	配偶者のみ 基礎年金番号	同居・別居 同 別	扶養控除 有 無	扶養手当 有 無
認定・取消 (事由・年月日) 事由 元号 年 月 日	年間所得推計額 円	職業	資格喪失証明書の交付を希望 (取消時のみいずれかに○印) する しない	公費コード	公費該当年月日 元号 年 月 日 公費不該当年月日 元号 年 月 日	氏名・住所変更年月日 元号 年 月 日
被扶養者の住所 〒	フリガナ	申告の理由及び事実発生日 生年月日の訂正 平成△△年5月21日→平成△△年5月27日				

申告者欄 上記のとおり申告します。 群馬県市町村職員共済組合理事長 様 令和 △△ 年 4 月 10 日 住所 前橋市元総社町335-8 申告者 氏名 共済 太郎	所属所証明欄 上記の記載事項は、真実と相違ないものと認めます。 令和 △△ 年 4 月 10 日 職名 ○ ○ 市長 所属所長 氏名 赤城 一郎
--	--

注意事項	1 記入に際しては、黒色のボールペンで丁寧に記入してください。	申告書所属所受理年月日 令和 △△ 年 4 月 10 日	所属所担当者
	2 網かけ欄は、記入しないでください。		

(処理側)

(共済組合提出用)

課長	補佐	主幹	担当

共済被扶養者申告書

所属所名 ○ ○ 市

申告区分及び申告事由 (該当事項を○で囲む)

① 一般
 ア 被扶養者申告書……a 認定 b 取消
 イ 被扶養者訂正申告書……a 氏名(フリガナを含む) b 生年月日 c 続柄 d 住所
 ② 公費負担申告書……a 該当 b 取消

入力日

証交付

証回収 本家

所属所コード 3 3 3

組合員証番号 1 2 3 4

組合員氏名 共済 太郎

組合員の個人番号(記号番号を記入した場合は不要)

標準報酬月額 万円

被扶養者氏名 姓 漢字 共済 秋江

姓 漢字 キョウサイ アキエ

生年月日 元号 年 月 日 3 △ △ 1 1 2 8

続柄コード 0 2

続柄 母

個人番号(マイナンバー)

基礎年金番号

同居・別居 同 別

扶養控除 有 無

扶養手当 有 無

認定・取消(事由・年月日)

年間所得推計額 円

職業

資格喪失証明書の交付を希望(取消時のみいずれかに○印)
 する しない

公費コード

公費該当年月日 元号 年 月 日

公費不該当年月日 元号 年 月 日

配偶者のみ

国民年金第3号 3号届提出

氏名・住所変更年月日 元号 年 月 日

被扶養者の住所 〒 フリガナ

申告の理由及び事実発生日 月 日

福祉医療助成条例適用(障害)

被扶養者氏名 姓 漢字

姓 漢字

生年月日 元号 年 月 日

続柄コード

続柄

個人番号(マイナンバー)

基礎年金番号

同居・別居 同 別

扶養控除 有 無

扶養手当 有 無

認定・取消(事由・年月日)

年間所得推計額 円

職業

資格喪失証明書の交付を希望(取消時のみいずれかに○印)
 する しない

公費コード

公費該当年月日 元号 年 月 日

公費不該当年月日 元号 年 月 日

配偶者のみ

国民年金第3号 3号届提出

氏名・住所変更年月日 元号 年 月 日

被扶養者の住所 〒

申告の理由及び事実発生日 月 日

申告者欄

上記のとおり申告します。

群馬県市町村職員共済組合理事長 様

令和 △△ 年 4 月 10 日

住所 前橋市元総社町335-8

申告者 氏名 共済太郎

所属所証明欄

上記の記載事項は、真実と相違ないものと認めます。

令和 △△ 年 4 月 20 日

職名 ○ ○ 市長

所属所長 氏名 赤城一郎

注意事項 1 記入に際しては、黒色のボールペンで丁寧に記入してください。
 2 網かけ欄は、記入しないでください。

申告書所属所受理年月日 令和 △△ 年 4 月 20 日

所属所担当者