

被扶養者申告書

組合員証号 記号番号	—	所属機関 の名称	
組合員氏名		組合員種別	
生年月日	昭和 平成	年 月 日	標準報酬 短期 等級 千円

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	年間所得 （収入） 推計額 （注1）	現住所	受給の 有無	扶養 手当 有無	給与 証明 印	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	※ 判定及び 理由	
											判定	理由
	男・女	M T S H .					有・無	印				
	男・女	M T S H .					有・無	印				
	男・女	M T S H .					有・無	印				

◎認定対象者が、次に該当する場合は、公費負担受給（開始・停止）報告書を提出してください。

- | | |
|-----------------------|------------------|
| 1 重度心身障害者医療費の助成に関する条例 | 4 幼児（3歳児）医療費助成条例 |
| 2 母子家庭医療費の助成に関する条例 | 5 その他の公費負担条例 |
| 3 心身障害者医療費給付条例 | |

上記のとおり申告します。

愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿

平成 年 月 日

住所 市 郡 町 村
申告者 氏名 印

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日

職名
所属所長 氏名 印

課長	主任 係 兼 主 査	主 査	主 査	係
----	------------------------	--------	--------	---

注1 被扶養者認定における「所得」とは、所得税法上の課税される所得をさすものではなく、被扶養者として認定しようとする者の現在及び将来にわたって恒常的に取得できると見込まれる年間の収入総額をいいます。

2 扶養事実の発生（消滅）の理由は、「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」欄に具体的に詳しく書いてください。

なお、被扶養者の認定（取消し）を受けようとする者が高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の規定による障害の認定を受けている場合には、当該欄にその者に係る被保険者証に記載された資格取得年月日及び有効期限を記入してください。

3 扶養手当の支給を受けている者について認定を受けようとするときは、給与事務担当者の証明印を受けてから提出してください。

4 所属所受付印欄には、本人から申告書が提出された日の受付印を押印してください。

5 ※印欄は記入しないでください。