

# 被扶養者申告書

決 裁	局長	課長	課長補佐	係長	係

## 組合員

組合員等 記号番号	312 -	職名 (補助職名)		所属所名	米沢市立病院		
組合員氏名				生年月日	年	月	日
住所				性別	男・女	配偶者 の有無	有・無

## 被扶養者の認定・取消を受けようとする者

申請 区分	氏名	性別	続柄	生年月日	職業	年間収入 推計額	現住所	扶養手 当受給 の有無	給与事務 担当者 確認欄
認定	(フリガナ)			・			(フリガナ)		<input type="checkbox"/>
	配偶者の有無		マイナンバーの情報連携 による添付書類の省略の有無		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	
取消	有・無 (未婚・死別・離別)		有 ・ 無	省略した書類名 (有の場合)					
	個人番号 (マイナンバー)				備考				
申請 区分	氏名	性別	続柄	生年月日	職業	年間収入 推計額	現住所	扶養手 当受給 の有無	給与事務 担当者 確認欄
認定	(フリガナ)			・			(フリガナ)		<input type="checkbox"/>
	配偶者の有無		マイナンバーの情報連携 による添付書類の省略の有無		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	
取消	有・無 (未婚・死別・離別)		有 ・ 無	省略した書類名 (有の場合)					
	個人番号 (マイナンバー)				備考				
申請 区分	氏名	性別	続柄	生年月日	職業	年間収入 推計額	現住所	扶養手 当受給 の有無	給与事務 担当者 確認欄
認定	(フリガナ)			・			(フリガナ)		<input type="checkbox"/>
	配偶者の有無		マイナンバーの情報連携 による添付書類の省略の有無		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	
取消	有・無 (未婚・死別・離別)		有 ・ 無	省略した書類名 (有の場合)					
	個人番号 (マイナンバー)				備考				

上記のとおり申告します。

山形県市町村職員共済組合理事長 様

申告者 氏名

令和 7 年 4 月 1 日

所属所  
受付印

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 7 年 4 月 1 日

所属所長

職名 米沢市病院事業管理者

氏名 渡邊 孝 男

- 認定を受ける者のマイナンバーカードの写(又は通知カードの写、個人番号が記載された住民票の写等)を添付してください。
- 「年間収入推計額」欄には、今後の恒常的な収入として見込まれる給与収入、年金収入、事業等収入、その他の収入の推計年額を記入してください。
- 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。
- ※印欄は記入しないでください。

処 理
年 月 日