被　扶　養　者　申　告　書　（家族調書）

伺	事務局次長	係長	係員

京都市職員共済組合理事長　あて

組合員の記号・番号	○○○　－　××××××	所属名	任意継続組合員
組合員氏名	共済　太郎	組合員の生年月日	昭和・平成　○○　年　○○　月　○○　日
標準報酬月額	（空欄）　円		

増減の別	フリガナ 被扶養者氏名	性別	続柄	生年月日	職業	年間所得推計額	住所	異動年月日及び理由	※給与担当課記入欄 扶養手当受給の有無	※共済組合記入欄 判定	理由
増・減	キョウサイ　ハナコ 共済　花子	男・女	妻	昭和 平成　○○年○○月○○日 令和	パート	100万円	〒　604-8571 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町４８８番地	平・令○○年○○月○○日 収入減少	年　月 より　支給 (同・別)　廃止	年　月　日 認定・取消	
増・減	キョウサイ　ミヤコ 共済　都	男・女	長女	昭和 平成　○○年○○月○○日 令和	無職	０円	〒 上記に同じ	平・令○○年○○月○○日 退職	年　月 より　支給 (同・別)　廃止	年　月　日 認定・取消	
増・減		男・女		昭和 平成　年　月　日 令和			日		年　月 より　支給 (同・別)　廃止	年　月　日 認定・取消	

給与収入・年金収入・失業給付金・傷病手当金・事業収入などの収入額を記入してください。

上記のとおり申告します。　　○○　年　○○　月　○○　日

申告者（住所）　京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町４８８番地　（氏名）　共済　太郎

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。　　年　月　日

所属所長（職名）　（氏名）

事務取扱者

1　「年間所得推計額」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　扶養事実の発生（消滅）の理由は、「異動年月日及び理由」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資格確認書等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　※印欄は記入しないでください。
4　本書を提出するときは、その事実を証明する書類、（住民票（ただし、マイナンバーを活用した情報連携により確認できる場合は、省略可）、婚姻届受理証明書、給与明細、雇用保険関係の書類、客観的に仕送りの事実が確認できる書類（別居の場合）等）の写しを添付してください。
　住民票については、情報連携により省略が可能ですが、場合によっては提出を求めることもあります。他にも、共済組合が指定する書類等を添付していただくことがあります。
5　被扶養者を減員する場合は、対象者の資格確認書等を添付してください。紛失した場合は、「資格確認書等事故届兼滅失届」を併せて提出してください。
6　続柄は「長男」「長女」等、詳しく記入してください。

共済組合受付印