

被扶養者等申告書

| | | | | | |
|-----|-----|------|------|--------|------|
| 支部長 | 出納役 | 出納主任 | リーダー | サブリーダー | スタッフ |
| | | | | | |

| | | | | | | | |
|--------------|-----------------|----------|---|------|----------------|---|---|
| 組合員証番号 | | フリガナ | 性別 男 女 1・2 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | ・ | ・ |
| 職員番号(8桁) | 氏名 | | | | | | |
| 個人番号(マイナンバー) | | フリガナ | 採用(異動)年月日 | | | | |
| (12桁) | 別紙のとおり | 所属局(部)課名 | 内線() | | | | |
| 住所(住民票の住所) | | 〒 | | | | | |
| 採用(異動)前の事業所 | 採用(異動)前の健康保険等名称 | | 文部科学省共済組合・地方職員共済組合・国民健康保険 全国健康保険協会・親の扶養・その他() | | | | |

| ※通番 | フリガナ 認定(取消)を受けようとする者の氏名 個人番号 | | 性別 | 続柄 | 生年月日 | 職業 | 年間所得 推計額 | 住民票の住所 (組合員と異なる住民登録地 の場合は記入) | ※扶養 親族の 認定の 有無 | ※給与 事務 担当者 確認欄 | 被扶養者の要件を備え又 は欠くに至った年月及び その理由 | ※判定 | | ※理由 |
|-----|------------------------------------|--------|---------------|----|----------------|----|-------------|------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------------|-----|--|-----|
| | 認定・取消年月日 | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | 男1 ・ 女2 | | 昭和 平成 令和 | | 円 | 〒 | | | | 認定1 | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | 取消2 | | |
| | 個人番号 | 別紙のとおり | | | | | | | | | | 5 | | |
| | フリガナ | | 男1 ・ 女2 | | 昭和 平成 令和 | | 円 | 〒 | | | | 認定1 | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | 取消2 | | |
| | 個人番号 | 別紙のとおり | | | | | | | | | | 5 | | |
| | フリガナ | | 男1 ・ 女2 | | 昭和 平成 令和 | | 円 | 〒 | | | | 認定1 | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | 取消2 | | |
| | 個人番号 | 別紙のとおり | | | | | | | | | | 5 | | |
| | フリガナ | | 男1 ・ 女2 | | 昭和 平成 令和 | | 円 | 〒 | | | | 認定1 | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | 取消2 | | |
| | 個人番号 | 別紙のとおり | | | | | | | | | | 5 | | |

| |
|--|
| マイナ保険証をお持ちの方は <input checked="" type="checkbox"/> して下さい |
| 組合員本人 <input type="checkbox"/> |
| マイナ保険証をお持ちの方は <input checked="" type="checkbox"/> して下さい |
| 被扶養者 <input type="checkbox"/> |
| 被扶養者 <input type="checkbox"/> |
| 被扶養者 <input type="checkbox"/> |
| 被扶養者 <input type="checkbox"/> |

国家公務員共済組合法施行規則第88条の規定により届け出ます。

5 令和 年 月 日

文部科学省共済組合 島根大学支部長 殿

住所 〒
申告者 氏名

☎(電話番号) 【 - - 】 (日中連絡が取れる番号)

- 氏名、住所は住民票の記載どおりに、記入してください。但しシステムの仕様上、マンション名等は省略する場合があります。
- フリガナは全てカタカナで入力し、姓と名との区切りは一文字分あけてください。
- 年間所得推計額は、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、その他の所得の推計額を入力して下さい。
- 届け出が、その事実が生じた日から30日以内にされないときは、その届け出があった日を認定年月日とします。
- ※印は記入しないでください。

※受付

対面・学内便・郵便・電子

| | | |
|-----------|---------------|-------|
| ※給与担当者確認欄 | ※受理年月日 | ※原票記入 |
| | | |
| 長期 | | |
| 第三号 | | |
| ※ | カード証/資格確認書 回収 | |
| | 資格確認書/お知らせ 交付 | |
| | レセプト | |