

事務長	事務次長	班長	担当	原票

被扶養者申告書 (認定)

□ 国民年金第3号被保険者関係届
 ※ 60歳未満の配偶者を認定する場合には、国民年金第3号被保険者関係届の提出が必要です。

※7桁・右詰で記入。
 (桁数が足りない場合、頭に「0」を追加)

生 年 月 日							
<input type="checkbox"/> 昭和	50	年	10	月	1	日	生
<input type="checkbox"/> 平成							

組合員証番号(職員番号)	地・沖縄	0000000	所属機関名(〇〇部〇〇課・〇〇病院)
フリガナ	キョウサイ タロウ		〇〇部〇〇課・〇〇病院
組合員氏名	共済 太郎		
住 所	〒 000-0000 沖縄県那		

○配偶者情報は①の太枠部分に記入ください。 ※短期組合員の場合は「基礎年金番号」「年間収入推計額」欄には、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労収入、資産所得、事業所得、その他の収入を記入してください。

フリガナ 被扶養者氏名	生 年 月 日	年 齢	性 別	続柄 (妻、長男等)	仕事の 有無	年間収入 推計額	扶養の要件を備えた 年月日・理由	資格確認書 の発行
① キョウサイ ハナコ 共済 花子	昭和 60 平成 11 11	38 歳	男 女	妻 有・無	有・無	約 100万円	令和 6年 4月 1日 採用に伴い	要 発行理由 ※下記理由より 番号を記入
住所	〒 同上 or 別居先の住所							
配偶者基礎年金番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1							
②	昭和					約 万円	和 年 月 日	要 発行理由
住所	〒							
③	昭和 平成 令和					約 万円	令和 年 月 日	要 発行理由
住所	〒							
④	昭和 平成 令和					約 万円	令和 年 月 日	要 発行理由
住所	〒							

※該当する箇所に「0」を記入

扶養手当 受給有無	有・無

扶養手当認定担当者にて記入してください。

配偶者のみ記入。短期組合員は記入不要。

アルバイト・パートも含む。

上記のとおり申告します。 地方職員共済組合沖縄県支部長 殿	※地共済記入 決定	認定年月日 令和 年 月 日	※認定区分 1. 普通認定 2. 特別認定	備考
----------------------------------	--------------	-------------------	-----------------------------	----

令和 6年 4月 3日

氏名 共済 太郎

上記の記載事項は、事実と相違ないことをお約束します。 令和 6年 4月	所属所長 氏名 所属所長名	職名 所属所名
--	------------------	---------

地共済受付印	所属所受付印	所属所担当者チェック欄(記載内容・添付書類等)
		<input type="checkbox"/> 所属所受付日が被扶養の要件を備えた年月日より30日以内となっている。 ※30日を超えている場合は、所属所受付日が認定日となります。 <input type="checkbox"/> 扶養手当受給有無に〇を記入した。(扶養手当認定担当者にて記入) ※扶養手当が認定・取消されている場合は、「扶養手当認定簿の写し」も添付してください。 <input type="checkbox"/> 被扶養者の氏名・フリガナ・生年月日・その他記載内容や添付資料に不備がないことを確認した。
資格確認書の発行が必要な場合は、「要」をチェックのうえ、下記理由から番号を選択して記入。		所属所担当者はチェック欄の内容を確認し、☑を入れてください。

受付印

※ 資格確認書発行理由は下記から選択して記入してください。(マイナ保険証利用可能な方は交付対象外です)

- ① マイナンバーカードをもっていないため
- ② マイナ保険証利用登録をしていないため(または利用解除したため)
- ③ マイナ保険証による受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要があるため(高齢者、障害者等)
- ④ その他()