

被 扶 養 者 (認 定 ・ 取 消) 申 告 書

組合員証記号番号 (職員番号)		所属機関名	
組合員氏名		所属コード	
組合員住所	〒		
認定(取消)を受ける者の氏名	性別	生年月日	職業 年間所得推計額
	続柄		扶養手当 受給の有無
	同居・別居	認定(取消)を受ける者の住所	
フリガナ	男・女	昭・平・令	職業
氏名	続柄	年月日生	円
	同居・別居	住所	扶養手当 有・無
			理由
フリガナ	男・女	昭・平・令	職業
氏名	続柄	年月日生	円
	同居・別居	住所	扶養手当 有・無
			理由
フリガナ	男・女	昭・平・令	職業
氏名	続柄	年月日生	円
	同居・別居	住所	扶養手当 有・無
			理由
フリガナ	男・女	昭・平・令	職業
氏名	続柄	年月日生	円
	同居・別居	住所	扶養手当 有・無
			理由
上記のとおり申告します。			
地方職員共済組合奈良県支部長殿		年 月 日	
申告者 氏 名			
直通・内線番号()			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。			
<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 受付印 </div>		年 月 日	
		職 名	
		所属所長 氏 名	
		印	

事務長	事務次長	係 員	担当者	国民年金第3号届出 有・無・対象外
				起案日
				決裁日
				被扶養者証交付日
				資格喪失証明書