

# 被扶養者申告書

記入例（認定）  
組合員の資格取得

組合員の 記号番号 (職員番号)	仙市 <b>1234567</b>	所属						
組合員氏名	<b>仙台 太郎</b>	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <b>35年 1月 1日</b>					
対象者	フリガナ	<b>センダイ ハコ</b>	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	続柄 <b>妻</b>	個人番号	個人番号申告票 のとおり	扶養手当 受給の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
	氏名	<b>仙台 花子</b>						
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <b>34年 5月 4日</b>	年齢 <b>65</b>	同別居 <input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	別居住所	〒		

右記のいずれかにあてはまる場合は  
「希望する」と理由に

欄に記入してください。

収入減少  組合員の資格取得  ( )

資格確認書の 交付希望 ・理由	<input type="checkbox"/> 希望する (交付理由を選択)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを取得していない
	<input checked="" type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを保有しているが健康保険証登録を行っていない <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用が困難な「要配慮者」である

マイナ保険証を保有している場合は  
「不要」に

欄に記入してください。

収入	期間の収入状況		申告時点での職業	<b>パート</b>
	収入の種類		扶養状況	
	給与（パート等含む）	収入見込額 <b>900,000</b> 円	組合員が主たる扶養者として対象者の生計を <input checked="" type="checkbox"/> 維持している <input type="checkbox"/> 維持していない	
	年金（障害年金等含む）	<b>800,000</b> 円	失業給付の受給状況	
	自営業・不動産	円	<input checked="" type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 受給予定 <input type="checkbox"/> 受給しない <input type="checkbox"/> 受給延長中 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給終了	
	その他（失業給付等）	円		
合計	<b>1,700,000</b> 円			

取 消	<b>記入不要</b>	
--------	-------------	--

組合員から所属へ提出時点の文書收受印を押  
印してください。

上記のとおり申告します。

仙台市職員共済組合理事長 様

令和 **7** 年 **4** 月 **4** 日

住 所 **仙台市〇〇区□□町3丁目1-1-103**

組合員

氏 名 **仙台 太郎**

(自署又は記名押印)

日 中 連 絡 先  
電 話 番 号 **内線 789-1234**

所属課で  
文書收受印を  
押印

共済組合受付印

共済組合事務処理欄

共済組合受付印	事由	種別	入力	交付	回収	令和	認定		
						年 月 日	取消		
	第3号	70歳以上	医療助成			事務局長	事務局次長	係長	係員
	有		障						
	無		母						

# 被扶養者申告書

記入例（認定）

退職

組合員の 記号番号 (職員番号)	仙市 <b>1234567</b>	所属	
組合員氏名	<b>仙台 太郎</b>	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <b>7年 1月 1日</b>
対象者	フリガナ	<b>センダイ ハコ</b>	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 続柄 <b>妻</b> 個人番号 個人番号申告票 のとおり 扶養手当 受給の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	氏名	<b>仙台 花子</b>	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <b>6年 5月 4日</b> <input type="checkbox"/> 令和	年齢 <b>30</b> 同居別居 <input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別 別居住所

「認定」、「取消」いずれか該当する欄に記入

右記のいずれかにあてはまる場合は  
「希望する」と理由に

認定の理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input checked="" type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 取消	
資格確認書の 交付希望 ・理由	<input type="checkbox"/> 希望する (交付理由を選択) <input checked="" type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを取得していない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを保有しているが健康保険証登録を行っていない <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用が困難な「要配慮者」である

マイナ保険証を保有している場合は  
「不要」に

組合員記入してください。

収入の種類	収入見込額	申告時点での職業	<b>無職</b>
給与（パート等含む）	円	扶養状況 組合員が主たる扶養者として対象者の生計を <input checked="" type="checkbox"/> 維持している <input type="checkbox"/> 維持していない	
年金（障害年金等含む）	円	失業給付の受給状況 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 未加入 <input checked="" type="checkbox"/> 受給予定 <input type="checkbox"/> 受給しない <input type="checkbox"/> 受給延長中 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給終了	
自営業・不動産	円		
	円		
	<b>0</b> 円		

今後収入が全くない場合は0円と記入

取消

記入不要

組合員から所属へ提出時点の文書收受印を押  
印してください。

上記のとおり申告します。

仙台市職員共済組合理事長 様

令和 **7** 年 **4** 月 **4** 日

住 所 **仙台市〇〇区□□町3丁目1-1-103**

組合員

氏 名 **仙台 太郎**

(自署又は記名押印)

日 中 連 絡 先  
電 話 番 号 **内線 789-1234**

所属課で  
文書收受印を  
押印

共済組合受付印

共済組合事務処理欄

事由	種別	入力	交付	回収	令和 認定			
					年	月	日	取消
第3号	70歳以上	医療助成			事務局長	事務局次長	係長	係員
有		障						
無		母						

# 被扶養者申告書

記入例（認定）

出生

組合員の 記号番号 (職員番号)	仙市 <b>1234567</b>	所属	
組合員氏名	<b>仙台 太郎</b>	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <b>7年 1月 1日</b>
対象者	フリガナ	<b>センダイ イチロウ</b>	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 続柄 <b>長男</b> 個人番号 個人番号申告票 のとおり 扶養手当 受給の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	氏名	<b>仙台 一郎</b>	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <b>7年 3月31日</b>	

「認定」、「取消」いずれか該当する欄に記入

右記のいずれかにあてはまる場合は  
「希望する」と理由に

認定	認定の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 取消	
	資格確認書の 交付希望 ・理由	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する (交付理由を選択) <input type="checkbox"/> 不要	<input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカードを取得していない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを保有しているが健康保険証登録を行っていない <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用が困難な「要配慮者」である
以下、対象者が18歳以上の場合記入してください。			
取消	記入不要		

マイナ保険証を保有している場合は  
「不要」に

組合員から所属へ提出時点の文書收受印を押  
印してください。

所属課で  
文書收受印を  
押印

上記のとおり申告します。

仙台市職員共済組合理事長 様

令和 **7** 年 **4** 月 **4** 日

住 所 **仙台市〇〇区□□町3丁目1-1-103**

組合員

氏 名 **仙台 太郎**

(自署又は記名押印)

日 中 連 絡 先  
電 話 番 号 **内線 789-1234**

共済組合受付印

共 済 組 合 事 務 処 理 欄

事由	種別	入力	交付	回収	令和 認定 年 月 日 取消			
					事務局長	事務局次長	係長	係員
第3号	70歳以上	医療助成						
有		障						
無		母						