

# 被扶養者申告理由書

令和 6年 4月 20日

仙台市職員共済組合理事長 様

組合員	所 属	〇〇局△△課
	氏 名	仙台 太郎

被扶養者の申告理由は、下記のとおりです。

氏 名	配偶者の有無	職 業
仙台 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 有 無 (未婚・離別・死別)	<input type="checkbox"/> 無職無収入 <input checked="" type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 年金受給 <input type="checkbox"/> その他 ( )

## 1. 被扶養者とするための理由

- 組合員の資格取得  
 退職 (自己都合・任期満了・病気療養)  
 勤務条件変更 (収入減少)  
 雇用保険受給終了  
 その他 ( )

現在の職業をご記入ください。  
学生でアルバイトの場合は両方にチェックをつけてください。

## 2. 対象者の収入の状況 ※非課税の収入も含みます。

収入の種類		今後1年間の収入見込額
給 与	(月額(※)×12月)+賞与等の合計 ※給与明細の「総支給額」(交通費含む)	800,000 円
年 金	<input type="checkbox"/> 老齢厚生・基礎 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> その他 ( )	0 円
事 業	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 不動産業(家賃・地代等) <input type="checkbox"/> その他 ( )	0 円
その他	<input type="checkbox"/> 失業給付 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 育児休業手当金 <input type="checkbox"/> その他 ( )	0 円
合 計		800,000 円

今後1年間に見込まれる収入額  
をご記入ください。  
1月から12月までの収入額で  
はありませんのでご注意ください

## 3. 雇用保険加入の有無・受給状況

- 未加入  受給しない  
 受給予定  受給延長中(予定)  
 受給中  受給終了

退職による認定の場合は雇用保険失業給付の受給状況についてご記入ください。

## 4. その他 (上記以外で申告すべき今後の状況についてご記入ください。)