就職による取消

決裁	確認	係

交付	
回収	有 ・ 無
他回収	限度 ・ 高齢
3号届	有 ・ 無 ・ 不要

共済被扶養者申告書

情報連携確認	

申告区分・事由			
	(1) 一般	2 短期	3 任継
	(ア) 被扶養者申告書	a 認定	(b) 取消
		c 継続認定	d 別居
	イ 被扶養者訂正申告書		
	a 氏名(フリガナを含む) b 生年月日 c 続柄 d その他( )		
	ウ 公費負担申告書	a 該当	b 取消

所属所コード	組合員証番号	所属所名	組合員氏名	資格確認書要否
○ ○ ○	○○○○	○○市役所	共済 大郎	交付が必要

被扶養者氏名	
カナ	キョウサイ ハナコ
漢字	共 済 花 子

＜性別＞ 男:1 女:2

性別	生年月日 元号	年	月	日	年齢	続柄
2	3	○○	○○	○○	○○歳	妻

＜元号＞昭和:3 平成:4 令和:5

続柄コード 2 1

認定 (取消) (事由・年月日) 事由	元号	年	月	日	国民年金3号該当年月日 元号	年	月	日	家族種別
3 4	5	○○	○○	○○					

同居	扶養手当	扶養控除	給与事務担当者確認	職業
有	有	有		
無	無	無		

公費	公費コード	公費該当年月日 元号	年	月	日	公費不該当年月日 元号	年	月	日
該当									
不該当									

年金受給の有無(私的年金含む)			喪失証明交付希望	
無	有	老齢・遺族・障害 企業・積立・個人	有	(無)

別居住所	〒 ー

基礎年金番号
○○○○ー○○○○○○

届出日認定		父母	
待機期間認定		再認定	
離職票原本預			

申告の理由	事実発生年月日	申告書所属所受理年月日
就職のため	令和○○ 年 ○ 月 ○ 日	令和○○ 年 ○ 月 ○ 日

扶 養 調 書

※「認定」の場合のみ記入してください。

【組合員の年間収入】 給与 円 その他(農業・不動産等) 円 合計 円

【扶養しようとする者に関する事項】

■加入していた健康保険　健康保険 [社保 ・ 国保 ・ 共済組合]　区分 [本人 ・ 家族]

■退職に伴い扶養する場合　勤務先名称 [ ]　退職年月日 [年 月 日]

雇用保険加入 [有 ・ 無] ※有の場合 [請求済 ・ 請求予定 ・ 延長 ・ 請求しない]

■年間収入

収入の種類		前年分	円	本年推計	円
収入の種類		前年分	円	本年推計	円

■家族構成(組合員を除く)

氏名 (同居の親族 別居の扶養親族)	続柄	生年月日	職業又は勤務先	年間収入額	同居の有無
				円	同 ・ 別
				円	同 ・ 別
				円	同 ・ 別
				円	同 ・ 別
				円	同 ・ 別
				円	同 ・ 別

申告者欄

上記のとおり申告します。
茨城県市町村職員共済組合理事長 様
令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

住所 水戸市笠原町978番26

申告者欄は自署してください。

氏名 共済 太郎

所属所証明欄

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

職名 ○○市長

所属所長

氏名 ○○ ○○

※この様式をダウンロードして使用する場合は、必ず複写して共済事務主管課の控えとしてください。
※資格確認書は、マイナンバーカードで医療機関等を受診できない場合に交付します。

雇用保険受給開始による取消

決裁	確認	係

交付	
回収	有 ・ 無
他回収	限度 ・ 高齢
3号届	有 ・ 無 ・ 不要

共済被扶養者申告書

情報連携確認	

申告区分・事由			
	(1) 一般	2 短期	3 任継
	(ア) 被扶養者申告書	a 認定	(b) 取消
		c 継続認定	d 別居
	イ 被扶養者訂正申告書		
	a 氏名(フリガナを含む) b 生年月日 c 続柄 d その他( )		
	ウ 公費負担申告書	a 該当	b 取消

所属所コード	組合員証番号	所属所名	組合員氏名	資格確認書要否
○ ○ ○	○○○○	○○市役所	共済 大郎	交付が必要

被扶養者氏名	
カナ	キョウサイ ハナコ
漢字	共 済 花 子

＜性別＞ 男:1 女:2

性別	生年月日 元号	年	月	日	年齢	続柄
2	3	○○	○○	○○	○○歳	妻

＜元号＞昭和:3 平成:4 令和:5

続柄コード 2 1

認定(取消)(事由・年月日) 事由	元号	年	月	日	国民年金3号該当年月日 元号	年	月	日	家族種別
3 6	5	○○	○○	○○					

同居	扶養手当	扶養控除	給与事務担当者確認
有	有	有	
無	無	無	

職業

公費	公費コード	公費該当年月日 元号	年	月	日	公費不該当年月日 元号	年	月	日
該当									
不該当									

年金受給の有無(私的年金含む)			喪失証明交付希望	
無	有	老齢・遺族・障害 企業・積立・個人	有	無

別居住所 〒 ー

基礎年金番号 ○○○○ー○○○○○○

届出日認定		父母	
待機期間認定		再認定	
離職票原本預			

申告の理由	事実発生年月日	申告書所属所受理年月日
雇用保険受給のため	令和○○ 年 ○ 月 ○ 日	令和○○ 年 ○ 月 ○ 日

扶養調書 ※「認定」の場合のみ記入してください。

【組合員の年間収入】 給与 円 その他(農業・不動産等) 円 合計 円

【扶養しようとする者に関する事項】

■加入していた健康保険　健康保険 [社保 ・ 国保 ・ 共済組合]　区分 [本人 ・ 家族]

■退職に伴い扶養する場合　勤務先名称 [ ]　退職年月日 [年 月 日]

雇用保険加入 [有 ・ 無] ※有の場合 [請求済 ・ 請求予定 ・ 延長 ・ 請求しない]

■年間収入

収入の種類		前年分	円	本年推計	円
収入の種類		前年分	円	本年推計	円

■家族構成(組合員を除く)

氏名 (同居の親族 別居の扶養親族)	続柄	生年月日	職業又は勤務先	年間収入額	同居の有無
				円	同 ・ 別
				円	同 ・ 別
				円	同 ・ 別
				円	同 ・ 別
				円	同 ・ 別
				円	同 ・ 別

申告者欄

上記のとおり申告します。
茨城県市町村職員共済組合理事長 様
令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

住所 水戸市笠原町978番26

氏名 共済 太郎

申告者欄は自署してください。

所属所証明欄

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

職名 ○○市長

所属所長

氏名 ○○ ○○

※この様式をダウンロードして使用する場合は、必ず複写して共済事務主管課の控えとしてください。
※資格確認書は、マイナンバーカードで医療機関等を受診できない場合に交付します。

死亡による取消

決裁	確認	係

交付	
回収	有 ・ 無
他回収	限度 ・ 高齢
3号届	有 ・ 無 ・ 不要

共済被扶養者申告書

情報連携確認	

申告区分・事由			
	(1) 一般	2 短期	3 任継
	(ア) 被扶養者申告書	a 認定	(b) 取消
		c 継続認定	d 別居
	イ 被扶養者訂正申告書		
	a 氏名(フリガナを含む) b 生年月日 c 続柄 d その他( )		
	ウ 公費負担申告書	a 該当	b 取消

所属所コード	組合員証番号	所属所名	組合員氏名	資格確認書要否
○ ○ ○	○○○○	○○市役所	共済 大郎	交付が必要

被扶養者氏名	
カナ	キョウサイ ハナコ
漢字	共 済 花 子

＜性別＞ 男:1 女:2

性別	生年月日 元号	年	月	日	年齢	続柄
2	3	○○	○○	○○	○○歳	妻

＜元号＞昭和:3 平成:4 令和:5

続柄コード	
2	1

認定 (取消) (事由・年月日) 事由	元号	年	月	日
3	2	5	○○	○○

国民年金3号該当年月日 元号	年	月	日

家族種別	同居	扶養手当	扶養控除	給与事務担当者確認
	有	有	有	
	無	無	無	

職業

公費	公費コード	公費該当年月日 元号	年	月	日	公費不該当年月日 元号	年	月	日
該当									
不該当									

年金受給の有無(私的年金含む)		
無	有	老齢 ・ 遺族 ・ 障害
		企業 ・ 積立 ・ 個人

喪失証明交付希望	
有	
(無)	

別居住所 〒 ー

基礎年金番号 ○○○○ー○○○○○○

届出日認定		父母	
待機期間認定		再認定	
離職票原本預			

申告の理由	事実発生年月日	申告書所属所受理年月日
死亡のため	令和○○ 年 ○ 月 ○ 日	令和○○ 年 ○ 月 ○ 日

扶養調書

※「認定」の場合のみ記入してください。

【組合員の年間収入】 給与 円 その他(農業・不動産等) 円 合計 円

【扶養しようとする者に関する事項】

■加入していた健康保険　健康保険 [社保 ・ 国保 ・ 共済組合]　区分 [本人 ・ 家族]

■退職に伴い扶養する場合　勤務先名称 [ ]　退職年月日 [年 月 日]

雇用保険加入 [有 ・ 無] ※有の場合 [請求済 ・ 請求予定 ・ 延長 ・ 請求しない]

■年間収入

収入の種類		前年分	円	本年推計	円
収入の種類		前年分	円	本年推計	円

■家族構成(組合員を除く)

氏名 (同居の親族 別居の扶養親族)	続柄	生年月日	職業又は勤務先	年間収入額	同居の有無
				円	同 ・ 別
				円	同 ・ 別
				円	同 ・ 別
				円	同 ・ 別
				円	同 ・ 別
				円	同 ・ 別

申告者欄

上記のとおり申告します。
茨城県市町村職員共済組合理事長 様
令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

住所 水戸市笠原町978番26

申告者欄は自署してください。

氏名 共済 太郎

所属所証明欄

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

職名 ○○市長

所属所長

氏名 ○○ ○○

※この様式をダウンロードして使用する場合は、必ず複写して共済事務主管課の控えとしてください。
※資格確認書は、マイナンバーカードで医療機関等を受診できない場合に交付します。