

扶養事実申立書

記入例

1. 認定対象者について

(記号: 999 番号: 9999)

氏名	共済 花子 (40歳)		続柄	配偶者	配偶者	<input checked="" type="radio"/> 有・無
直近の健康保険等	<input checked="" type="radio"/> 本人・被扶養者	国保 <input checked="" type="radio"/> 健保・共済・任意継続 (年 月 日喪失)・その他()				
申請理由 ※申請の経緯、扶養しなければならない理由を詳しく明記してください。	妻花子は、現在勤めている会社での雇用形態が令和〇年4月1日をもってパート勤務に変更となり、社会保険を喪失しました。変更後の収入見込みは100万円程度です。 私が妻を扶養していますので、扶養認定の申請をします。					

2. 認定対象者の収入状況について

該当する収入すべてにし、今後1年間の見込額を記入してください。

収入の種類	見込額	所得の内容 (該当するものに○をつけてください)
<input checked="" type="checkbox"/> 給与収入	1,000,000 円	
<input type="checkbox"/> 年金収入	円	老齢年金・遺族年金・障害年金 支払元: 年金機構 共済 (国・公立学校・警察・県職・市町村・私立学校)
<input type="checkbox"/> 事業収入等	円	農業・営業・不動産・その他 ()
<input type="checkbox"/> 利子収入	円	預貯金、有価証券利息・株式配当金・その他 ()
<input type="checkbox"/> 株式等の譲渡収入	円	特定口座・その他 ()
<input type="checkbox"/> 雇用保険	円	受給中・待機中・延長中 (受給予定 年 月)
<input type="checkbox"/> 休業給付	円	傷病手当金・出産手当金・その他 ()
<input type="checkbox"/> その他の収入	円	企業年金・個人年金・()
<input type="checkbox"/> 無収入 (上記に該当する収入はありません)		

3. 同居のご家族等の状況について ※証明書類等を求める場合があります。

組合員と「同居のご家族」「現在認定中の別居の被扶養者」について記入してください。

別居の認定にあたっては、「一人当たり平均生計費確認表(別居認定用)」を添付してください。

氏名	続柄	年齢	職業	組合員と	年間収入見込額(円)
共済 一郎	組合員	45		同居	6,200,000 円
共済 花子	配偶者	40	パート	<input checked="" type="radio"/> 同・別	1,000,000 円
共済 健	長男	15	学生	<input checked="" type="radio"/> 同・別	0 円
				同・別	
				同・別	
				同・別	

上記の記載内容は事実と相違ないことを申し立てます。

なお、被扶養者の認定要件を欠いたときは、遅滞なく取消手続きを行うことを確約いたします。

福岡県市町村職員共済組合理事長 様

令和 〇 年 〇 月 〇 日

氏名 共済 一郎

扶養事実申立書

記入例

1. 認定対象者について

(記号: 888 番号: 88888)

氏名	共済 和子 (64歳)		続柄	母	配偶者	<input checked="" type="radio"/> 有・無
直近の健康保険等	<input checked="" type="radio"/> 本人・被扶養者	国保 <input checked="" type="radio"/> 健保・共済・任意継続 (年 月 日喪失)・その他()				
申請理由 ※申請の経緯、扶養しなければならない理由を詳しく明記してください。	母和子は、令和〇年3月31日に株式会社〇〇〇〇を退職し、収入は厚生年金の30万円と個人年金の40万円のみです。同居の父も年金収入が190万円しかなく、母を扶養できる状況ではないため、私が毎月10万円を送金し、母を扶養しているので扶養認定の申請をします。					

2. 認定対象者の収入状況について

該当する収入すべてにし、今後1年間の見込額を記入してください。

収入の種類	見込額	所得の内容 (該当するものに○をつけてください)
<input type="checkbox"/> 給与収入	円	
<input checked="" type="checkbox"/> 年金収入	300,000 円	<input checked="" type="radio"/> 老齢年金・ <input checked="" type="radio"/> 遺族年金・障害年金 支払元 <input checked="" type="radio"/> 年金機構 共済(国・公立学校・警察・県職・市町村・私立学校)
<input type="checkbox"/> 事業収入等	円	農業・営業・不動産・その他()
<input type="checkbox"/> 利子収入	円	預貯金、有価証券利息・株式配当金・その他()
<input type="checkbox"/> 株式等の譲渡収入	円	特定口座・その他()
<input type="checkbox"/> 雇用保険	円	受給中・待機中・延長中(受給予定 年 月)
<input type="checkbox"/> 休業給付	円	傷病手当金・出産手当金・その他()
<input checked="" type="checkbox"/> その他の収入	400,000 円	企業年金・ <input checked="" type="radio"/> 個人年金・()
<input type="checkbox"/> 無収入(上記に該当する収入はありません)		

3. 同居のご家族等の状況について ※証明書類等を求める場合があります。

組合員と「同居のご家族」「現在認定中の別居の被扶養者」について記入してください。

別居の認定にあたっては、「一人当たり平均生計費確認表(別居認定用)」を添付してください。

氏名	続柄	年齢	職業	組合員と	年間収入見込額(円)
共済 一郎	組合員	45		同居	6,200,000 円
共済 花子	配偶者	40	パート	<input checked="" type="radio"/> 同・別	1,000,000 円
共済 健	長男	15	学生	<input checked="" type="radio"/> 同・別	0 円
共済 康	父	70	無職	同・別 <input checked="" type="radio"/>	1,900,000 円
共済 和子	母	64	無職	同・別 <input checked="" type="radio"/>	700,000 円
				同・別	

上記の記載内容は事実と相違ないことを申し立てます。

なお、被扶養者の認定要件を欠いたときは、遅滞なく取消手続きを行うことを確約いたします。

福岡県市町村職員共済組合理事長 様

令和 〇 年 〇 月 〇 日

氏名 共済 一郎