

被扶養者申告書

記入例（取消）
他の健康保険加入

組合員の 記号番号 (職員番号)	仙市 1234567	所属								
組合員氏名	仙台 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	7年 1月 1日						
対象者	フリガナ	センダイ ハコ	性別	男	続柄	妻	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
	氏名	仙台 花子		<input checked="" type="checkbox"/> 女						<input checked="" type="checkbox"/> 無
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	6年 5月 4日	年齢	30	同別居	<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してください。

認定	認定の理由										
	資料の提出										
	以て										
	給付										
	年金										
	自営										
	その他（失業給付等）	円	<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					
合計	円										

記入不要

取消	取消の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 他の健康保険加入	<input type="checkbox"/> 収入増加	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給	<input type="checkbox"/> ()
	資格喪失証明書の発行 ※国保加入の場合必要	<input type="checkbox"/> 希望する	<input checked="" type="checkbox"/> 不要	送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先（庁内メール便） 〒

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			
					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						