

被 戸籍に記録されている続柄
と同様に記載してください。

書 ※裏面を参照の上、御記入ください。

課長		課長補佐		係長		係		担当者		データ入力日		証発行日			
決 裁 日		証 発 行		1		2									
① 記号		② 番号		③ 組合員氏名		④ 生年月日		⑤ 性別		⑥ 配偶者		⑦ 所属機関名(市・町・村・一部事務組合等の名称)			
9999		9999		共済 太郎		昭平 ○ 年 12 月 1 日		男 女		有 無		〇〇市			
⑧ 標準報酬の月額		280,000 円		高年齢受給者証											
⑨ 標準報酬の月額		4,480,000 円		任意継続組合員 被扶養者証											
① 申告区分		② 組合員との続柄		③ 氏 名		④ 生年月日		⑥ 年齢		⑦ 性別		⑧ 配偶者			
認定 取消 変更 訂正		長男		フリガナ キョウサイ イロウ		○ 年 7 月 20 日		男・女		有・無		出生			
*コード		共済 一郎		⑤ 個人番号(マイナンバー)		* * * * - * *		* * * * - * *		* * * * - * *		*コード			
⑩ 申告事由		⑪ 申告事由発生日		⑫ 現住所											
出生		○ 年 7 月 20 日		同居											
⑬ 扶養手当 受給の有無(注)		組合員の扶養手当の支給に関する事項		⑭ 現在の職業		⑮ 年間収入推計額		⑯ 就労当時の 雇用保険状況		⑰ 年金受給状況		⑱ 被扶養者証回収日 (所属所回収日)			
有・無		○ 年 8 月 から支給開始 □ 申請なし □ 年 月 から支給停止 □ 支給基準を満たさない		・無職 ・自営業 ・農業 ・その他()		円		□ 加入 □ 未加入		□ 受給あり □ 受給なし		年 月 日			
給与事務担当者 確認欄		① 在学に関する事項		② 在学に関する事項		③ 在学に関する事項		④ 在学に関する事項		⑤ 在学に関する事項		⑥ 在学に関する事項			
担		学校等の名称		修業期間		⑧ 介護保険第2号被保険者適用確認 (40歳以上65歳未満の者)		⑨ 離脱証明書の発行		※国民年金第3号被保険者関係届(該当日)		※調査(取消)予定日			
		所在地		卒業予定		□ 適用 □ 適用除外		認定取消の場合		□ 該当 年 月 日		□ 非該当 年 月 日			
		種 類		□ 施設入所(10) □ 海外居住(20)		□ 必要 □ 不要		□ 必要 □ 不要		□ 変更 年 月 日		□ 家族種別			
		区 分		年 月				備考							
① 申告区分		② 組合員との続柄		③ 氏 名		④ 生年月日		⑥ 年齢		⑦ 性別		⑧ 配偶者			
認定 取消 変更 訂正				フリガナ		年 月 日		男・女		有・無					
*コード				⑤ 個人番号(マイナンバー)		* * * * - * *		* * * * - * *		* * * * - * *		*コード			
⑩ 申告事由		⑪ 申告事由発生日		⑫ 現住所											
				同居・別居											
⑬ 扶養手当 受給の有無(注)		組合員の扶養手当の支給に関する事項		⑭ 現在の職業		⑮ 年間収入推計額		⑯ 就労当時の 雇用保険状況		⑰ 年金受給状況		⑱ 被扶養者証回収日 (所属所回収日)			
有・無		□ 年 月 から支給開始 □ 申請なし □ 年 月 から支給停止 □ 支給基準を満たさない		・無職 ・自営業 ・農業 ・その他()		円		□ 加入 □ 未加入		□ 受給あり □ 受給なし		年 月 日			
給与事務担当者 確認欄		① 在学に関する事項		② 在学に関する事項		③ 在学に関する事項		④ 在学に関する事項		⑤ 在学に関する事項		⑥ 在学に関する事項			
		学校等の名称		修業期間		⑧ 介護保険第2号被保険者適用確認 (40歳以上65歳未満の者)		⑨ 離脱証明書の発行		※国民年金第3号被保険者関係届(該当日)		※調査(取消)予定日			
		所在地		卒業予定		□ 適用 □ 適用除外		認定取消の場合		□ 該当 年 月 日		□ 非該当 年 月 日			
		種 類		□ 施設入所(10) □ 海外居住(20)		□ 必要 □ 不要		□ 必要 □ 不要		□ 変更 年 月 日		□ 家族種別			
		区 分		年 月				備考							
上記のとおり申告します。 長野県市町村職員共済組合理事長 様 ○ 年 7 月 23 日 申告者 住 所 〇〇市〇〇町〇〇 (組合員) 氏 名 共済 太郎				所属所受付印 受付 〇〇市 〇.7.23				上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 ○ 年 7 月 23 日 職 名 〇〇市長 所属所長 氏 名 〇〇 〇〇				共済組合受付印			

(注)⑫欄については、給与事務担当者が記入の上、確認欄に署名等をお願いします。