

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<br>○ 年 12 月 1 日                                           |  | 男                                                           |  | 有                                                                                          |  | 〇〇市                                                                          |  |
| ⑧ 標準報酬の月額            |  | 280,000 円                                                                                                                                                         |  | 高年齢受給者証                             |  |                                                              |  |                                                             |  |                                                                                            |  |                                                                              |  |
| ⑨ 前年総収入額             |  | 4,480,000 円                                                                                                                                                       |  | 任意継続組合員被扶養者証                        |  |                                                              |  |                                                             |  |                                                                                            |  |                                                                              |  |
| ⑩ 申告区分               |  | 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<br>取消<br>変更<br>訂正 |  | 妻                                                                                                                                                                 |  | フリガナ<br>キョウサイ ハナコ                   |  | ○ 年 10 月 1 日                                                 |  | 男・女                                                         |  | 有・無                                                                                        |  | 所得の減少                                                                        |  |
| *コード                 |  | 共済 花子                                                                                                                                                             |  | ⑤ 個人番号(マイナンバー)                      |  | * * * * - * * *                                              |  | * * * * - * * *                                             |  | * * * * - * * *                                                                            |  | *コード                                                                         |  |
| ⑩ 申告事由               |  | 所得の減少                                                                                                                                                             |  | ⑪ 申告事由発生日                           |  | ○ 年 8 月 1 日                                                  |  | ⑫ 現在所                                                       |  | 同居                                                                                         |  | 別居                                                                           |  |
| ⑫ 扶養手当<br>受給の有無(注)   |  | 組合員の扶養手当の支給に関する事項                                                                                                                                                 |  | ⑬ 現在の職業                             |  | ⑭ 年間収入推計額                                                    |  | ⑮ 就労当時の<br>雇用保険状況                                           |  | ⑯ 年金受給状況                                                                                   |  | ⑰ 被扶養者証回収日<br>(所属所回収日)                                                       |  |
| 有・無                  |  | <input checked="" type="checkbox"/> 〇 年 8 月 から支給開始<br><input type="checkbox"/> 年 月 から支給停止<br><input type="checkbox"/> 申請なし<br><input type="checkbox"/> 支給基準を満たさない |  | ・無職<br>・自営業<br>・農業<br>・その他( )       |  | 1,200,000 円                                                  |  | <input type="checkbox"/> 加入<br><input type="checkbox"/> 未加入 |  | <input type="checkbox"/> 受給あり<br><input checked="" type="checkbox"/> 受給なし                  |  | ・老齢厚生 ・退職共済<br>・老齢基礎 ・企業年金<br>・厚生年金基金 ・個人年金<br>・国民年金基金・農業者年金<br>・障害( ) 級 ・遺族 |  |
| 給与事務担当者<br>確認欄       |  | ⑭ 在学に関する事項                                                                                                                                                        |  | ⑮ 介護保険第2号被保険者適用確認<br>(40歳以上65歳未満の者) |  | ⑯ 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                                                                                 |  | 認定・取消・変更・訂正                                                                  |  |
| 担                    |  | 学校等の名称<br>所在地<br>種類<br>区分                                                                                                                                         |  | 修業期間<br>卒業予定<br>年 月                 |  | <input type="checkbox"/> 適用<br><input type="checkbox"/> 適用除外 |  | <input type="checkbox"/> 必要<br><input type="checkbox"/> 不要  |  | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 非該当<br><input type="checkbox"/> 変更 |  | 年 月 日<br>年 月 日<br>年 月 日                                                      |  |
| 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<br>取消<br>変更<br>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                           |  | 年 月 日                                                        |  | ⑫ 現在所                                                       |  | 同居・別居                                                                                      |  | 別居の場合に記入<br>〒 -                                                              |  |
| ⑫ 扶養手当<br>受給の有無(注)   |  | 組合員の扶養手当の支給に関する事項                                                                                                                                                 |  | ⑬ 現在の職業                             |  | ⑭ 年間収入推計額                                                    |  | ⑮ 就労当時の<br>雇用保険状況                                           |  | ⑯ 年金受給状況                                                                                   |  | ⑰ 被扶養者証回収日<br>(所属所回収日)                                                       |  |
| 有・無                  |  | <input type="checkbox"/> 年 月 から支給開始<br><input type="checkbox"/> 年 月 から支給停止<br><input type="checkbox"/> 申請なし<br><input type="checkbox"/> 支給基準を満たさない                |  | ・無職<br>・自営業<br>・農業<br>・その他( )       |  |                                                              |  | <input type="checkbox"/> 加入<br><input type="checkbox"/> 未加入 |  | <input type="checkbox"/> 受給あり<br><input type="checkbox"/> 受給なし                             |  | ・老齢厚生 ・退職共済<br>・老齢基礎 ・企業年金<br>・厚生年金基金 ・個人年金<br>・国民年金基金・農業者年金<br>・障害( ) 級 ・遺族 |  |
| 給与事務担当者<br>確認欄       |  | ⑭ 在学に関する事項                                                                                                                                                        |  | ⑮ 介護保険第2号被保険者適用確認<br>(40歳以上65歳未満の者) |  | ⑯ 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                                                                                 |  | 認定・取消・変更・訂正                                                                  |  |
|                      |  | 学校等の名称<br>所在地<br>種類<br>区分                                                                                                                                         |  | 修業期間<br>卒業予定<br>年 月                 |  | <input type="checkbox"/> 適用<br><input type="checkbox"/> 適用除外 |  | <input type="checkbox"/> 必要<br><input type="checkbox"/> 不要  |  | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 非該当<br><input type="checkbox"/> 変更 |  | 年 月 日<br>年 月 日<br>年 月 日                                                      |  |
| 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 8 月 8 日                         |  | 住所                                                           |  | 〇〇市〇〇町〇〇                                                    |  | 氏名                                                                                         |  | 共済組合受付印                                                                      |  |
| 申告者                  |  | 住 所                                                                                                                                                               |  | 〇〇市〇〇町〇〇                            |  | 氏名                                                           |  | 共済 太郎                                                       |  |                                                                                            |  |                                                                              |  |
| (組合員) 氏名             |  |                                                                                                                                                                   |  |                                     |  |                                                              |  |                                                             |  |                                                                                            |  |                                                                              |  |
| 所属所長                 |  | 氏名                                                                                                                                                                |  | 〇〇市長                                |  | 〇〇 〇〇                                                        |  |                                                             |  |                                                                                            |  |                                                                              |  |

雇用契約の変更日  
を記入してください。

事由発生日から30日を過ぎて受付  
た場合、認定日は受付日となりますの  
で、ご注意ください。

受付  
〇〇市  
〇.8.8