

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。 ※裏面を参照の上、御記入ください。

① 記号 9999		② 番号 9999		③ 組合員氏名 共済 太郎		④ 生年月日 昭平 ○年12月1日		⑤ 性別 男		⑥ 配偶者 有		⑦ 所属機関名(市・町・村・一部事務組合) 〇〇市		データ入力日 決裁日		証発行日 証発行 1 2	
① 申告区分 <input checked="" type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 訂正		② 組合員との続柄 フリガナ 実父 キョウサイ カズオ *コード		③ 氏名 共済 一男 * * * * - * * * * * * * * * *		④ 生年月日 ○年1月2日		⑤ 年齢 70		⑥ 性別 男		⑦ 配偶者 有		⑧ 標準報酬の月額 280,000 円 (前年総収入額) 4,480,000 円		組合員被扶養者証 高齢受給者証 任意継続組合員被扶養者証	
⑫ 扶養手当 受給の有無(注) 有・無		⑬ 現在の職業 無職 ・アルバイト ・パート ・専従者 ・自営業 ・農業 ・その他( )		⑭ 年間収入推計額 円 1,150,000		⑮ 就労当時の 雇用保険状況 <input checked="" type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入		⑯ 年金受給状況 <input checked="" type="checkbox"/> 受給あり <input type="checkbox"/> 受給なし		⑰ 被扶養者証 取得日(所属所回収日) 年 月 日		⑱ 被扶養者証 回収日(共済組合回収日) 年 月 日		⑲ 判定 認定・取消・変更・訂正 年 月 日		⑳ 調査(取消)予定日 年 月 日	
給与事務担当者 確認欄 担		⑰ 在学に関する事項 学校等の名称 所在地 種類 区分		⑱ 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) <input type="checkbox"/> 適用 <input type="checkbox"/> 適用除外		⑲ 離脱証明書の発行 認定取消の場合 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		※国民年金第3号被保険者関係届(該当日) <input type="checkbox"/> 該当 年 月 日 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 変更 備考		※調査(取消)予定日 年 月 日		※国民年金第3号被保険者関係届(該当日) <input type="checkbox"/> 該当 年 月 日 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 変更 備考		※調査(取消)予定日 年 月 日		※国民年金第3号被保険者関係届(該当日) <input type="checkbox"/> 該当 年 月 日 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 変更 備考	
① 申告区分 <input checked="" type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 訂正		② 組合員との続柄 フリガナ 実母 キョウサイ マサコ *コード		③ 氏名 共済 正子 * * * * - * * * * * * * * * *		④ 生年月日 ○年2月1日		⑤ 年齢 69		⑥ 性別 女		⑦ 配偶者 有		⑧ 標準報酬の月額 280,000 円 (前年総収入額) 4,480,000 円		組合員被扶養者証 高齢受給者証 任意継続組合員被扶養者証	
⑫ 扶養手当 受給の有無(注) 有・無		⑬ 現在の職業 無職 ・アルバイト ・パート ・専従者 ・自営業 ・農業 ・その他( )		⑭ 年間収入推計額 円 600,000		⑮ 就労当時の 雇用保険状況 <input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入		⑯ 年金受給状況 <input checked="" type="checkbox"/> 受給あり <input type="checkbox"/> 受給なし		⑰ 被扶養者証 取得日(所属所回収日) 年 月 日		⑱ 被扶養者証 回収日(共済組合回収日) 年 月 日		⑲ 判定 認定・取消・変更・訂正 年 月 日		⑳ 調査(取消)予定日 年 月 日	
給与事務担当者 確認欄 担		⑰ 在学に関する事項 学校等の名称 所在地 種類 区分		⑱ 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) <input type="checkbox"/> 適用 <input type="checkbox"/> 適用除外		⑲ 離脱証明書の発行 認定取消の場合 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		※国民年金第3号被保険者関係届(該当日) <input type="checkbox"/> 該当 年 月 日 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 変更 備考		※調査(取消)予定日 年 月 日		※国民年金第3号被保険者関係届(該当日) <input type="checkbox"/> 該当 年 月 日 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 変更 備考		※調査(取消)予定日 年 月 日		※国民年金第3号被保険者関係届(該当日) <input type="checkbox"/> 該当 年 月 日 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 変更 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8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 〇〇市 〇.7.8				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8日 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 〇〇〇〇				共済組合受付印					

実父が退職した日の翌日を記入してください。

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

(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。