

被 扶 養 者 申 告 書

所属	市民病院診療科				届出異動事由	<input type="checkbox"/> 採用 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 個人番号変更 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 扶養者変更 : <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 収入増 . <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 収入減		
職員番号								
氏名					異動事由発生日	年 月 日		
個人番号 <small>(届出事由が個人番号変更の場合のみ記入)</small>								
住所					次のとおり被扶養者の申告をします。 横浜市職員共済組合理事長			
配偶者の有無	有 ・ 無							
フリガナ 扶養親族等氏名 個人番号 (新たに被扶養者となる場合、及び個人番号が変更となる場合のみ記入)	続柄	性別	生年月日 年 月 日	住所	収入	申請項目	適用欄	
			明大昭平	同居・別居 住所	種類 向こう一年間の推計額 円	扶養手当 増・減	手当 年 月 日から	
			歳		種類 年間所得(1月～12月分) 円	共 済 増・減	共済 年 月 日から	
						税控除 増・減	税 年から	
			明大昭平	同居・別居 住所	種類 向こう一年間の推計額 円	扶養手当 増・減	手当 年 月 日から	
			歳		種類 年間所得(1月～12月分) 円	共 済 増・減	共済 年 月 日から	
						税控除 増・減	税 年から	
			明大昭平	同居・別居 住所	種類 向こう一年間の推計額 円	扶養手当 増・減	手当 年 月 日から	
			歳		種類 年間所得(1月～12月分) 円	共 済 増・減	共済 年 月 日から	
						税控除 増・減	税 年から	
障害者等 (チェック)	<input type="checkbox"/> 1 障害者				配偶者が扶養 している親族	氏名	続柄	手当・共済・税
						氏名	続柄	手当・共済・税
						氏名	続柄	手当・共済・税
					認定・喪失年月日	・ ・	証	
					伺 年月日	・ ・	台帳	
					決裁 年月日	・ ・	入力	
添付書類(別紙様式等)					上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 被扶養者収入状況申告書 <input type="checkbox"/> 課税(非課税)証明書 <input type="checkbox"/> 組合員証等再交付申請書 <input type="checkbox"/> 扶養状況申立書(別紙2) <input type="checkbox"/> 在学証明書 <input type="checkbox"/> 組合員証等返還不能理由書 <input type="checkbox"/> 扶養状況申立書(育児休業者用)(別紙3) <input type="checkbox"/> 採用証明(写) <input type="checkbox"/> 資格喪失証明発行依頼書 <input type="checkbox"/> 不安定収入に係る申立書(別紙4) <input type="checkbox"/> 退職証明(写) <input type="checkbox"/> その他の資料 <input type="checkbox"/> 給与支払等証明書 <input type="checkbox"/> 開業届(写) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 送金(計画・実績)確認書 <input type="checkbox"/> 廃業届(写) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 送金証明 <input type="checkbox"/> 離職票1.2(写) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 所得等の証明 <input type="checkbox"/> 雇用保険非加入者証明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 雇用保険に関する確認書 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 記載事項証明 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証(写) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等 <input type="checkbox"/> 扶養事実届出書 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 組合員被扶養者証 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 健康保険資格喪失証明書 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 健康保険証(写) <input type="checkbox"/>								
					共 済 組 合			
					課長	係長	係員	
受理年月日					年 月 日			

(共済組合用)

この申請により扶養手当の戻入が発生し、その金額が給料月額 $\frac{1}{4}$ 以内であった場合は、給与から控除することに同意します。
(※ $\frac{1}{4}$ を超える場合は、戻入方法について後日人事課から連絡します。)

年 月 日

自署または押印_____

扶養事実届出書

(枚のうちの 枚目)

職員番号	所属	組合員氏名
	市民病院診療科	

1 被扶養者として申告する対象者の状況について

氏名	続柄	生年月日	昭和 平成	年	月	日	(歳)
A 申告前の 保険	加入していた医療保険	加入区分	資格喪失年月日	喪失理由		他に該当の医療証	
	1 健康保険	1 被保険者または組合員 2 任意継続被保険者(組合員) 3 被扶養者	平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 現在継続中	1退職のため 2任意継続満了 3被扶養者非該当		<input type="checkbox"/> ① 重度障害者医療証 <input type="checkbox"/> ② (ひとり親)福祉医療証 <input type="checkbox"/> ③ 自立支援医療受給者証 <input type="checkbox"/> ④ 特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> ⑤ 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> ⑥ 乳児医療証(⑥は横浜市外に居住の方のみご提出ください)	
	2 共済組合			4その他(理由:)			
	3 国民健康保険						
	4 無保険(いつから 年 月 日 理由:)						
加入していた医療保険が1健康保険または2共済組合で加入区分が1または2のとき保険者名と記号番号(国民健康保険のときは記入不要)→			保険者名(健保名)	記号	番号		
B 恒常的な 年間収入	種類	年間収入額(7は日額で記入)	C 対象者の配偶者の有無(組合員自身の場合は不要)				
	1 収入なし { a 無職 b 学生	0 円	有 → 配偶者の収入状況等確認が別途必要です 無 → 未婚・離婚・死亡 離婚のとき(離婚分割による年金受給の有無: 有・無) 死亡のとき(死亡日 年 月 日 生前の職業:)				
	2 給与収入(パート・バイト含)	円	D 雇用保険に ついて	1 勤めていなかったのが該当がない			
	3 年金収入 ない場合は理由を記入→	円		2 加入していたが受給の意思がない(離職票→有・無)			
	4 不動産収入	円		3 加入していたが期間不足のため受給できない			
	5 事業・営業収入	円		4 加入していたので給付制限後に受給予定である			
	6 利子・配当金	円		5 受給期間延長予定である			
	7 傷病手当金、出産手当金、雇用保険 (上記該当に○印) 受給期間 年 月 日 ~ 年 月 日	日額 円		6 現在受給期間延長中である			
	8 その他()	円		7 未加入だった			
		円		8 受給終了済			
合計	円	9 受給(予定)中であるが基本手当日額が基準額範囲内である					
	円	10その他(記入:)					
E 離職について(過去1年以内に離職しているときは必ず記入してください)							
直近の離職日	年 月 日	退職金 無・有(金額 円)	離職事由				
勤務年数	年 月	申告対象者が組合員の配偶者のときは記入不要					
傷病手当金受給(今後請求可能な資格を含む)の有無			有・無				
F 個人事業者ですか		はい・いいえ		G 法人の役員になっていますか		はい・いいえ	

2 協議者

続柄は認定対象者からみた続柄。子を申告する場合は被扶養者でない配偶者を記入してください。父母を申告する場合は同居・別居を問わず、組合員の兄弟姉妹全員について記入してください。その他、続柄により記入していただく方が異なります。

氏名	続柄	住所	職業	組合員が対象者を扶養することについて協議し同意を得ていますか
				はい・いいえ
				はい・いいえ
				はい・いいえ
				はい・いいえ
				はい・いいえ

3 組合員が扶養することになった理由を記入してください。(出生時は記入不要)

4 対象者の今後の予定について記入してください。(出生時は記入不要)

横浜市職員共済組合理事長様

上記のとおり、事実と相違ないことを届出します。今後、被扶養者の要件に該当しなくなったときは、速やかに申告するとともに保健給付の戻入が生じた場合は全額返還します。

年 月 日

組合員自署



扶養状況申立書

年 月 日

任命権者

所 属 市民病院診療科
職員番号
氏 名

被扶養者_____（続柄 ）の状況は、次のとおりです。

該当するすべての項目の数字に○印を付けてください。**（該当しない項目はそのままにしてください。）**

- 1 年 月 日から私が主たる扶養者として、その生計を維持しています。
- 2 民間その他から扶養手当に相当する手当等の支給を受けていません。
- 3 離職に伴う雇用保険の申請はしません。後日これらを受給申請する場合は、ただちに扶養親族等（異動）届を申請します。
- 4 勤務先が雇用保険適用事業所ではなかった、または雇用保険非該当の公務員であったため、離職票－1、－2は提出できません。
（公務員を退職されている場合は、下記の該当する項目に○印を付けてください。）
 - (1) 退職に際し、雇用保険に相当する手当の受給はありません。
 - (2) 雇用保険に相当する手当を受給します。
- 5 雇用保険の該当がある公務員でした。
- 6 住民票上同一世帯です。
- 7 その他（詳しく記入してください）

この扶養親族等の異動届については次の者と協議し、一任されましたので併せて申し添えます。

同意者氏名	被扶養者との続柄	住 所	同意者の扶養親族氏名（同意者との続柄）
印			()
印			()
印			()
印			()
印			()

上記届出人_____（申請者氏名）に_____（届出する扶養親族氏名）の扶養について一任いたします。

年 月 日

上記のとおり相違ありません。

なお、今回申請した親族について、申請内容に異動、訂正又は誤り等があった場合は、ただちにその旨を届出し、要件を欠いた時点以降に支給された手当等については全額返還します。

子の共同扶養（両親共働き）の場合は、配偶者の氏名と押印、続柄、住所を表中に記入
 父母の扶養の場合は、扶養者の兄弟姉妹全員の氏名と押印、続柄、住所を表中に記入