

扶養状況申立書

申請日を記入

任命権者

申請日時点で所属・職員
番号が不明の場合は未記
入で良い

年 月 日

所 属 医療局病院経営本部
職員番号 市民病院
氏 名 0123456
共済 組夫

被扶養者 共済 合子 (続柄 子) 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 令和 5 年 10 月 1 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 当該被扶養者を算定基礎とする扶養手当または民間その他のこれに相当する手当は、私以外は受けません。
- 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、同意を得ています。

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)
共済 花子	母	横浜市中区本町6-50-10	()
配偶者等がいる場合は記入			()
			()
			()
			()
		同意者に扶養親族がいる場合のみ記入(子が2名いるうち1名は配偶者が扶養する等)	()

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続柄、住所を表中に記入