

扶 養 申 立 書



組合員証記号番号	-		組合員氏名		
組合員の配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		※配偶者が被扶養認定されていない場合は、 配偶者の収入が確認できる書類を添付		
被扶養者として認定を受けようとする者					
認定対象者氏名				生年月日	S・H・R 年 月 日
組合員との続柄	年齢	歳	組合員と同居 別居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
認定対象者の配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		市町村等の福祉医療受給の有無 (ひとり親医療・重度障がい者医療等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
<input type="checkbox"/> 無職 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害のため就労できない <input type="checkbox"/> 勤務中(勤務先:) <input type="checkbox"/> 農業・営業等に従事 <input type="checkbox"/> 年金受給中(種類:) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 請求中、又は請求予定 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 傷病手当金・労災保険・公務災害補償 <input type="checkbox"/> 公的年金等(種類:) 	年間所得推計額				
	給与等所得			円	
	営業等所得			円	
	農業等所得			円	
	公的年金等			円	
	傷病手当金			円	
	請求中(見込額)			円	
	請求予定(見込額)			円	
	その他			円	
合計			円		
1 組合員に扶養されるまでの状況 (加入していた保険 : <input type="checkbox"/> 市町村の国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他)					
2 組合員が扶養しなければならない事情及び扶養状況(できるだけ詳細に記述のこと)					
3 認定対象者と別居し、扶養しなければならない場合の生計費の援助方法と援助額					
<input type="checkbox"/> 送金 <input type="checkbox"/> その他		生活費の援助額 (<input type="checkbox"/> 月額 <input type="checkbox"/> 年額)		円	
4 4については組合員が父母等のどちらか一方を認定する場合に記入してください。					
父母に配偶者が有の場合……配偶者の収入			円	※配偶者の収入が確認できる書類を添付すること	
父母に配偶者が無の場合……恩給・遺族年金の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	
5 組合員以外の扶養義務者の状況					
続柄	氏名	所得	扶養状況		
上記の理由により扶養していることを申し立てます。					
高知県市町村職員共済組合 理事長 殿					
令和 年 月 日					
組合員氏名					

* 所得がある場合は、所得金額が確認できる書類を添付してください。
 * については該当するすべての項目に✓を付してください。
 * 組合氏名があらかじめ印字しているときは、必ず所属所受付印を押印してください。

扶 養 申 立 書



組合員証記号番号	10 - 9999	組合員氏名	共済 太郎
組合員の配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※配偶者が被扶養認定されていない場合は、 配偶者の収入が確認できる書類を添付	
被扶養者として認定を受けようとする者			
認定対象者氏名	共済 花子	生年月日	S・H・R 〇年〇月〇日
組合員との続柄	母	年齢	56 歳
		組合員と同居別居の別	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
認定対象者の配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	市町村等の福祉医療受給の有無 (ひとり親医療・重度障がい者医療等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 無職	<input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障	年間所得推計額	
		給与等所得	円
<input type="checkbox"/> 勤務中(勤務先: <input type="checkbox"/> 農業・営業等に従事 <input type="checkbox"/> 年金受給中(種類: <input checked="" type="checkbox"/> その他(雇用保険) <input type="checkbox"/> 請求中、又は請求予定 <input type="checkbox"/> 傷病手当金・労災保険・公務災害補償 <input type="checkbox"/> 公的年金等(種類:		請求予定(見込額)	△万 円
		その他	円
		合計	△万 円
		請求中(元込額)	円
			円
1 組合員に扶養されるまでの状況 (加入していた保険 : <input type="checkbox"/> 市町村の国保 <input checked="" type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他) 母は正職員として勤務をしていましたが、令和〇年〇月〇日に退職しました。 母は体調が芳しくないことから、今後はフルタイムではなくパートタイムの仕事を 探す予定です。			
2 組合員が扶養しなければならない事情及び扶養状況(できるだけ詳細に記述のこと) 母と父は〇年前に離婚しており、実家で一人で生活していました。母が退職する前は それぞれで生活していましたが、母の退職により生活費として送金を開始しました。 兄弟は県外で世帯があり、母への援助が難しい状況です。このため私が母の生計維持を しており、母の用事や通院、買い物の手伝いなども行っています。			
3 認定対象者と別居し、扶養しなければならない場合の生計費の援助方法と援助額 <input checked="" type="checkbox"/> 送金 <input type="checkbox"/> その他 生活費の援助額 (<input checked="" type="checkbox"/> 月額 <input type="checkbox"/> 年額) △万 円			
4 4については組合員が父母等のどちらか一方を認定する場合に記入してください。 父母に配偶者が有る場合……配偶者の収入 円 ※配偶者の収入が確認できる書類を添付すること 父母に配偶者が無る場合……恩給・遺 年金の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円			
5 組合員以外の扶養義務者の状況			
続柄	氏名	所得	扶養状況
姉	共済 一子	〇〇万円	無し
上記の理由により扶養していることを申し立てます。 高知県市町村職員共済組合 理事長 殿 令和 〇 年 △ 月 〇 日 組合員氏名 共済 太郎			

雇用保険を受給する場合は日額によって取消となる
退職事由によってはすぐに支給が始まる場合があるので注意

手渡し不可

父母の認定の場合は兄弟姉妹の申立書が必要

自筆の場合、押印不要
全て印字の場合は所属所受付印必要

* 所得がある場合は、所得金額が確認できる書類を添付してください。
* については該当するすべての項目にを付してください。
* 組合氏名があらかじめ印字しているときは、必ず所属所受付印を押印してください。