

## 本 PDF の内容

- ・2～3 ページ目

- 3.「給与所得者の扶養控除等(異動)申告書」の記載例・記載方法

- ・4 ページ目

- 4.「組合員資格取得届書」

- ・5 ページ目

- 5.「給付金振込口座届」の記載例

- ・6 ページ目

- 7. 麻免申請関係の記載例

- ・7～8 ページ目

- 11.「被扶養者申告書」の記載例

- ・9 ページ目

- 12.「申立書」の記載例

- ・10 ページ目

- 13.「同居・別居届」の記載例

- ・11 ページ目

- 14.「国民年金第 3 号被保険者の資格取得届」の記載例

# 令和7年分 給与所得者の扶養控除等申告書

| 令和7年分 給与所得者の扶養控除等(異動) 申告書 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                               |                                                                                                             |                                                                       |                                                                    |                                                                    |                                                                    |                                                                    |                                                                    |                                                                    |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 1                         | 所轄税務署長等<br>〇〇〇〇 株式会社<br>税務署長<br>〇〇 市<br>市区町村長                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 給与の支払者<br>の名称(氏名)<br>〇〇〇〇 株式会社<br>給与の支払者<br>の法人(個人)番号<br>1112233344556677<br>給与の支払者<br>の所在地(住所)<br>〇〇市△△町 3-3 | あなたの氏名<br>山川 太郎<br>あなたの生年月日<br>56年1月1日<br>あなたの氏名<br>山川 太郎<br>あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの生年月日<br>56年1月1日<br>あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7                     | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7                     | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7                     | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7                     | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7                     |                                                                    |
| 2                         | 区分等<br>A 源泉控除<br>対象配偶者<br>(注1)<br>B 扶養親族<br>(16歳以上)<br>(注2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100) | 氏名<br>山川 明子<br>山川 一郎<br>山川 二郎<br>山川 隆雄                                                                        | あなたの氏名<br>山川 明子<br>山川 一郎<br>山川 二郎<br>山川 隆雄                                                                  | あなたの生年月日<br>56年10月5日<br>56年2月4日<br>56年5月17日<br>56年5月8日                | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7 |                                                                    |
| 3                         | 源泉控除<br>対象配偶者<br>(注1)<br>B 扶養親族<br>(16歳以上)<br>(注2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100)          | 氏名<br>山川 明子<br>山川 一郎<br>山川 二郎<br>山川 隆雄                                                                        | あなたの氏名<br>山川 明子<br>山川 一郎<br>山川 二郎<br>山川 隆雄                                                                  | あなたの生年月日<br>56年10月5日<br>56年2月4日<br>56年5月17日<br>56年5月8日                | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7 |
| 4                         | 源泉控除<br>対象配偶者<br>(注1)<br>B 扶養親族<br>(16歳以上)<br>(注2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100)          | 氏名<br>山川 明子<br>山川 一郎<br>山川 二郎<br>山川 隆雄                                                                        | あなたの氏名<br>山川 明子<br>山川 一郎<br>山川 二郎<br>山川 隆雄                                                                  | あなたの生年月日<br>56年10月5日<br>56年2月4日<br>56年5月17日<br>56年5月8日                | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7 |

## 1 氏名、住所などの記入

| 令和7年分 給与所得者の扶養控除等(異動) 申告書 |                                               |                                                                                                               |                                                                                                             |                                                                       |                                                |                                                |                                                |                                                |                                                |
|---------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1                         | 所轄税務署長等<br>〇〇〇〇 株式会社<br>税務署長<br>〇〇 市<br>市区町村長 | 給与の支払者<br>の名称(氏名)<br>〇〇〇〇 株式会社<br>給与の支払者<br>の法人(個人)番号<br>1112233344556677<br>給与の支払者<br>の所在地(住所)<br>〇〇市△△町 3-3 | あなたの氏名<br>山川 太郎<br>あなたの生年月日<br>56年1月1日<br>あなたの氏名<br>山川 太郎<br>あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの生年月日<br>56年1月1日<br>あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7 |

## 2 源泉控除対象配偶者、控除対象扶養親族の記入

| 令和7年分 給与所得者の扶養控除等(異動) 申告書 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                                            |                                                        |                                                                    |                                                                    |                                                                    |                                                                    |                                                                    |                                                                    |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 1                         | 源泉控除<br>対象配偶者<br>(注1)<br>B 扶養親族<br>(16歳以上)<br>(注2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100) | 氏名<br>山川 明子<br>山川 一郎<br>山川 二郎<br>山川 隆雄 | あなたの氏名<br>山川 明子<br>山川 一郎<br>山川 二郎<br>山川 隆雄 | あなたの生年月日<br>56年10月5日<br>56年2月4日<br>56年5月17日<br>56年5月8日 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7 | あなたの住所<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7<br>〇〇市××町 23-7 |

### 1 A 源泉控除対象配偶者

あなた(令和7年中の合計所得金額の見積額が900万円以下の人)に限ります。と生計を一にする配偶者(青色事業専従者として給与の支払を受ける人及び白色事業専従者を除きます。)で令和7年中の合計所得金額の見積額が95万円以下の人について記載します。なお、年末調整において、配偶者(特別)控除の適用を受けるには、この欄の記載の有無に関わらず「給与所得者の配偶者控除等申告書」の提出が必要です。

### 2 B 控除対象扶養親族

次の扶養親族について記載します。  
 (イ) 居住者のうち、年齢16歳以上の人(平成22年1月1日以前に生まれた人)  
 (ロ) 非居住者のうち、次のいずれかに該当する人  
 (イ) 年齢16歳以上30歳未満の人(平成8年1月2日から平成22年1月1日までの間に生まれた人)  
 (ロ) 年齢70歳以上の人(昭和31年1月1日以前に生まれた人)

### 3 あなたの個人番号

あなたの個人番号を記載する必要がありますが、一定の要件の下、個人番号の記載を要しない場合がありますので、給与の支払者に確認してください。

### 4 従たる給与についての扶養控除等申告書の提出

2か所以上から給与の支払を受けている人が、他の給与の支払者に「従たる給与についての扶養控除等申告書」を提出している場合に○を付けます。

(ハ) 年齢30歳以上70歳未満の人(昭和31年1月2日から平成8年1月1日までの間に生まれた人)のうち、「留学により国内に住所及び居所を有しなくなった人」、「障害者」又は「あなたから令和7年中において生活費又は教育費に充てるための支払を38万円以上受ける人」※「扶養親族」とは、あなたと生計を一にする親族(配偶者、青色事業専従者として給与の支払を受ける人及び白色事業専従者を除きます。)で令和7年中の合計所得金額の見積額が48万円以下の人をいいます。なお、児童福祉法の規定により養育を委託されたいわゆる里子や老人福祉法の規定により養護を委託されたいわゆる養護老人で、あなたと生計を一にし、令和7年中の合計所得金額の見積額が48万円以下の人も扶養親族に含まれます。

### 5 個人番号

源泉控除対象配偶者及び控除対象扶養親族の個人番号を記載する必要がありますが、一定の要件の下、個人番号の記載を要しない場合がありますので、給与の支払者に確認してください。



#### ▶④ 老人扶養親族（昭31.1.1以前生）

控除対象扶養親族が年齢70歳以上（昭和31年1月1日以前生）の場合には、次のとおりいずれかにチェックを付けます。

- ①その人があなた又はあなたの配偶者の直系尊属で、あなた又はあなたの配偶者のいずれかと同居を常況としていたるとき→「同居老親等」  
②その人が①以外の人であるとき→「その他」

#### ▶⑤ 特定扶養親族（平15.1.2生～平19.1.1生）

控除対象扶養親族が年齢19歳以上23歳未満（平成15年1月2日～平成19年1月1日生）の場合に、チェックを付けます。

#### ▶⑥ 非居住者である親族

源泉控除対象配偶者が非居住者である場合には、「非居住者である親族」欄に○印を付けます。

控除対象扶養親族が非居住者であり、その非居住者の年齢が16歳以上30歳未満又は70歳以上である場合には「非居住者である親族」欄の「16歳以上30歳未満又は70歳以上」にチェックを付け、30歳以上70歳未満の場合には、「留学」、「障害者」又は「38万円以上の支払」のうち該当するいずれかの項目にチェックを付けます。

源泉控除対象配偶者や控除対象扶養親族が非居住者である場合、親族関係書類の添付等が必要です。

上記の「留学」にチェックを付けた場合は、留学ビザ等書類の添付等が必要です。

#### ●（参考）

①収入が給与等のみの場合の給与等の収入金額と所得金額の関係は、次の表のとおりです（特定支出控除の適用がある場合を除きます。）。

| 給与等の収入金額           | 所得金額        |
|--------------------|-------------|
| 所得金額調整控除の適用を受ける場合  | 11,100,000円 |
| 所得金額調整控除の適用を受けない場合 | 10,950,000円 |
| 1,500,000円         | 950,000円    |
| 1,030,000円         | 480,000円    |

②収入が公的年金等に係る雑所得のみの場合の公的年金等の収入金額と所得金額の関係は、次の表のとおりです。

| 公的年金等の収入金額 | 所得金額       |
|------------|------------|
| 65歳未満      | 1,633,334円 |
|            | 950,000円   |
|            | 1,080,000円 |
|            | 480,000円   |
| 65歳以上      | 2,050,000円 |
|            | 950,000円   |
|            | 1,580,000円 |
|            | 480,000円   |

※ 記載欄が足りない場合は、適宜の様式に記載して、この申告書に添付してください。

### 3 障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生への記入

| 1                 | 2                                   | 3                        | 4                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生 | 障害者区分<br>一般の障害者<br>特別障害者<br>同居特別障害者 | 本人<br>配偶者<br>扶養親族<br>その他 | 障害者又は勤労学生の内容<br>（注）1 源泉控除対象配偶者とは、所得者（令和7年中の所得の見積額が90万円以下の人）に限り、生計を一にする配偶者（青色事業専従者として給与の支払を受ける人及び白色事業専従者を除きます。）で、令和7年中の所得の見積額が90万円以下の人をいいます。<br>2 同一生計配偶者は、所得者（令和7年中の所得の見積額が90万円以下の人）に限り、生計を一にする配偶者（青色事業専従者として給与の支払を受ける人及び白色事業専従者を除きます。）で、令和7年中の所得の見積額が90万円以下の人をいいます。 |

#### ▶① 同一生計配偶者

同一生計配偶者が一般の障害者、特別障害者又は同居特別障害者に該当する場合には、該当する欄にチェックを付けます。

※「同一生計配偶者」とは、あなたと生計を一にする配偶者（青色事業専従者として給与の支払を受ける人及び白色事業専従者を除きます。）で、令和7年中の合計所得金額の見積額が48万円以下の人をいいます。

#### ▶② 扶養親族

扶養親族が一般の障害者、特別障害者又は同居特別障害者に該当する場合には、該当する欄にチェックを付けます。

なお、障害者控除の対象となる扶養親族は、控除対象扶養親族とは異なり、年齢16歳未満（平成22年1月2日以後生）の扶養親族も対象となります。

#### ▶③ 寡婦 など

あなたが寡婦、ひとり親、勤労学生に該当する場合にチェックを付けます。

#### ▶④ 障害者又は勤労学生の内容

左記の障害者又は勤労学生に該当する（人がある）場合、その該当する事実やその人の氏名を記載します。

（例）障害者の場合…障害の状態又は交付を受けている手帳などの種類と交付年月日、障害の程度（等級）などの障害者に該当する事実を記載します。

### 4 住民税に関する事項の記入

| ① 住民税に関する事項（この欄は、地方税法第45条の3の2及び第317条の3の2に基づき、給与の支払者を経由して市区町村長に提出する給与所得者の扶養親族等申告書の記載欄を転記しています。） |    |    |                          |         |             |             |             |             |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|--------------------------|---------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 16歳未満の扶養親族（平22.1.2以後生）                                                                         | 姓  | 名  | 生年月日                     | 住所又は居所  | 所得者又は所得者の住所 | 所得者又は所得者の住所 | 所得者又は所得者の住所 | 所得者又は所得者の住所 | 所得者又は所得者の住所 |
| 1                                                                                              | 山川 | 太郎 | 5,5,6,6,17,7,8,8,9,9,0,0 | 〒23-7-5 | 〇〇市××町23-7  | 〇〇市××町23-7  | 〇〇市××町23-7  | 〇〇市××町23-7  | 〇〇市××町23-7  |
| 2                                                                                              |    |    |                          |         |             |             |             |             |             |
| 3                                                                                              |    |    |                          |         |             |             |             |             |             |

#### ▶① 16歳未満の扶養親族（平22.1.2以後生）

年齢16歳未満（平成22年1月2日以後生）の扶養親族について記載します。

#### ▶② 控除対象外国外扶養親族

国内に住所を有しない16歳未満の扶養親族に該当する場合には○を付けます。この場合、親族関係書類及び送金関係書類を令和8年3月16日までに住所所在地の市区町村に提出しなければならない場合があります。

#### ▶③ 退職手当等を有する配偶者・扶養親族

退職手当等（源泉徴収されるものに限ります。以下同じです。）の支払を受ける配偶者（あなたと生計を一にする配偶者で、令和7年中の退職所得を除いた合計所得金額の見積額が133万円以下であるものに限ります。）又は扶養親族について記載します。

#### ▶④ 非居住者である親族

退職手当等の支払を受ける配偶者が非居住者である場合には、「非居住者である親族」欄の「配偶者」にチェックを付けます。

また、退職手当等の支払を受ける扶養親族が非居住者であり、その非居住者の年齢が30歳未満又は70歳以上である場合には「非居住者である親族」欄の「30歳未満又は70歳以上」にチェックを付け、30歳以上70歳未満の場合には、「留学」（留学により国内に住所及び居所を有しなくなった人）、「障害者」又は「38万円以上の支払」（あなたから令和7年中において生活費又は教育費に充てるための支払を38万円以上受ける人）のうち該当するいずれかの項目にチェックを付けます。

この場合、親族関係書類、留学ビザ等書類、送金関係書類及び38万円送金書類を令和8年3月16日までに住所所在地の市区町村に提出しなければならない場合があります。

#### ▶⑤ 令和7年中の所得の見積額（退職所得を除く）

令和7年中の退職所得の金額を除いた合計所得金額の見積額を記載します。

#### ▶⑥ 障害者区分

退職手当等の支払を受ける配偶者のうち同一生計配偶者（あなたと生計を一にする配偶者で、令和7年中の退職所得を除いた合計所得金額の見積額が48万円以下である人）又は扶養親族について、その配偶者又は扶養親族が障害者である場合は「一般」にチェックを付け、特別障害者である場合は「特別」にチェックを付けます。

#### ▶⑦ 寡婦又はひとり親

退職所得を除くと令和7年中の合計所得金額の見積額が48万円以下となる扶養親族を有することにより、あなたが寡婦又はひとり親に該当する場合には、チェックを付けます。

※1 記載欄が足りない場合は、適宜の様式に記載して、この申告書に添付してください。

2 住民税では、扶養親族等の要件とされる所得の金額には、退職所得の金額は含めないこととされています。

3 「住民税に関する事項」欄については、ご不明な点などがありましたら、お住まいの市区町村へお尋ねください。

この申告書に記載すべき事項が、前年に勤務先へ提出した「令和6年分給与所得者の扶養控除等（異動）申告書」に記載した事項から異動がない場合は、その記載すべき事項の記載に代えて、異動がない旨を記載した申告書を提出することができます。この異動がない旨を記載した申告書を「簡易な申告書」といいます。  
勤務先の指示に基づき、簡易な申告書を提出することができる場合は、「令和7年分 給与所得者の扶養控除等申告書（簡易な申告書）」記載例をご確認ください。



# 組合員資格取得届書

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |      |        |   |   |   |   |   |                                                                                         |         |    |   |                                                           |    |   |   |       |    |   |    |   |   |         |  |   |  |   |  |    |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------|---|---|---|---|---|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|---|-----------------------------------------------------------|----|---|---|-------|----|---|----|---|---|---------|--|---|--|---|--|----|--|---|--|---|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 所属コード                            | 0 0 0 0                                                                                                                                                                                                                                                 | 所属所名 | 〇〇局〇〇課 |   |   |   |   |   |                                                                                         |         |    |   |                                                           |    |   |   |       |    |   |    |   |   |         |  |   |  |   |  |    |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 組合員の<br>記号・番号                    | 記号                                                                                                                                                                                                                                                      | 1    | 番号     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                                                                                       | 資格取得年月日 | 令和 | 6 | 年                                                         | 12 | 月 | 2 | 日     |    |   |    |   |   |         |  |   |  |   |  |    |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号                             | 1                                                                                                                                                                                                                                                       | 2    | 3      | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9                                                                                       | 0       | 1  | 2 | 基礎年金番号                                                    | 1  | 2 | 3 | 4     | 5  | 6 | 7  | 8 | 9 | 1       |  |   |  |   |  |    |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ                             | キョウサイ ハナコ                                                                                                                                                                                                                                               |      |        |   |   |   |   |   |                                                                                         |         |    |   | 昭和                                                        |    |   |   |       | 性別 | 男 | 女  |   |   |         |  |   |  |   |  |    |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏 名                              | 共 済 花 子                                                                                                                                                                                                                                                 |      |        |   |   |   |   |   |                                                                                         |         |    |   | 平成                                                        | 9  | 年 | 3 | 月     | 3  | 日 | 性別 | 男 | 女 |         |  |   |  |   |  |    |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                              | 郵便番号                                                                                                                                                                                                                                                    | 6    | 5      | 0 | ー | 8 | 5 | 7 | (保険事務担当の方へ)<br>※所属で個人番号に相違ないか確認後、個人番号確認書類は組合員に返却してください。<br>共済組合への提出時に、個人番号確認書類の添付は不要です。 |         |    |   |                                                           |    |   |   |       |    |   |    |   |   |         |  |   |  |   |  |    |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 神戸市中央区加納町6丁目5ー                                                                                                                                                                                                                                          |      |        |   |   |   |   |   |                                                                                         |         |    |   |                                                           |    |   |   |       |    |   |    |   |   |         |  |   |  |   |  |    |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 電話番号 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇 ー 〇〇〇〇                                                                                                                                                                                                                                 |      |        |   |   |   |   |   |                                                                                         |         |    |   |                                                           |    |   |   |       |    |   |    |   |   |         |  |   |  |   |  |    |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                              | 住民票住所 (上記の住所と住民票住所が異なる場合のみ記入)<br>郵便番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |      |        |   |   |   |   |   |                                                                                         |         |    |   |                                                           |    |   |   |       |    |   |    |   |   |         |  |   |  |   |  |    |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |      |        |   |   |   |   |   |                                                                                         |         |    |   |                                                           |    |   |   |       |    |   |    |   |   |         |  |   |  |   |  |    |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備 考                              | (後期高齢者医療被保険者証を交付する組合員に限り)<br>資格取得年月日：<br>有効期限：                                                                                                                                                                                                          |      |        |   |   |   |   |   |                                                                                         |         |    |   | 要件に該当する場合に資格確認書を交付します。<br>該当する要件及び「交付を希望します」にシ点を記入してください。 |    |   |   | 受給の有無 |    | 有 |    | 無 |   |         |  |   |  |   |  |    |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 資格確認書の<br>交付希望<br>※希望する場<br>合に記入 | 以下の要件に該当する場合に交付します。<br>いずれかに☑を入れてください。<br><input type="checkbox"/> マイナンバーカードを取得していない、または返納した。<br><input type="checkbox"/> マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない。<br><input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れで、継続利用の意思がない。                            |      |        |   |   |   |   |   |                                                                                         |         |    |   | <input type="checkbox"/> 左記の交付要件に該当するため<br>資格確認書の交付を希望する  |    |   |   |       |    |   |    |   |   |         |  |   |  |   |  |    |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり組合員の資格を取得しましたので届け出ます。      |                                                                                                                                                                                                                                                         |      |        |   |   |   |   |   |                                                                                         |         |    |   |                                                           |    |   |   |       |    |   |    |   |   | 令和      |  | 6 |  | 年 |  | 12 |  | 月 |  | 2 |  | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 組合員氏名                            |                                                                                                                                                                                                                                                         |      |        |   |   |   |   |   |                                                                                         |         |    |   |                                                           |    |   |   |       |    |   |    |   |   | 共       |  | 済 |  | 花 |  | 子  |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。       |                                                                                                                                                                                                                                                         |      |        |   |   |   |   |   |                                                                                         |         |    |   |                                                           |    |   |   |       |    |   |    |   |   | 令和      |  | 6 |  | 年 |  | 12 |  | 月 |  | 2 |  | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 補職名                              |                                                                                                                                                                                                                                                         |      |        |   |   |   |   |   |                                                                                         |         |    |   |                                                           |    |   |   |       |    |   |    |   |   | 〇〇局〇〇課長 |  |   |  |   |  |    |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所属所長                             |                                                                                                                                                                                                                                                         |      |        |   |   |   |   |   |                                                                                         |         |    |   |                                                           |    |   |   |       |    |   |    |   |   | 氏名      |  | 〇 |  | 〇 |  | 〇  |  | 〇 |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |

《提出にあたっての注意事項》

- 「給付金振込口座届」(様式3-11)を併せて提出してください。
- 高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の規定による障害の認定を受けている者である場合、「備考」欄に後期高齢者医療被保険者証の資格取得年月日及び有効期限をそれぞれ記入してください。

共済組合受付印

給付金振込口座届

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

|                |    |      |     |        |               |
|----------------|----|------|-----|--------|---------------|
| 組合員証の<br>記号・番号 | 記号 | 3    | 所 属 | 〇〇局〇〇課 | 電話 内線〇〇〇-〇〇〇〇 |
|                | 番号 | 記入不要 |     |        |               |

神戸市職員共済組合の短期給付にかかる給付金の振込口座について、次のとおり届け出ます。

令和 3 年 4 月 1 日

住所 神戸市中央区加納町6丁目5-1

組合員の  
氏名 共 済 花 子

[自宅・携帯電話 ( 090 ) 0000-0000]

|                  |                              |                                                       |               |   |   |   |   |   |   |
|------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|
| 振<br>込<br>口<br>座 | 金 融 機 関 名                    | 種 別                                                   | 口 座 番 号 (右づめ) |   |   |   |   |   |   |
|                  | きょうさい <u>銀行</u> ・農協<br>金庫・組合 | 普 通<br><small>普通以外のときは下記<br/>に記入してください</small><br>( ) | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|                  | フリガナ                         | キョウサイ ハナコ                                             |               |   |   |   |   |   |   |
|                  | 名 義                          | 共 済 花 子                                               |               |   |   |   |   |   |   |

- 《提出にあたっての注意事項》
- 1 電話番号は、日中に連絡のとれるものをご記入ください。
  - 2 振込口座は、組合員名義のものに限ります。ただし、組合員死亡による資格喪失の場合は、遺族等の口座を記入してください。
  - 3 退職による資格喪失については、本書による届出は不要です。

振込先が「ゆうちょ銀行」の場合

下記のとおり、他の金融機関への振込用の店名等を記入してください。  
(通帳に「振込用の店名・預金種目・口座番号」の記載がある場合、その内容を記入してください。)

|      |               |                                                                                                                                                           |
|------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 記入欄  | 記 入 す る も の   | 備 考                                                                                                                                                       |
| 支 店  | 店名 (漢数字 3 文字) | 総合口座 (送金機能の付いた通常貯金・通常貯蓄貯金) の場合<br>「記号」の「左から 2 けた目と 3 けた目」に「8」を加えたものが店名になります。<br>(例) 1 2 3 4 5 → <u>二三八</u> 支店                                             |
| 種 別  | 預金種目 (普通又は貯蓄) |                                                                                                                                                           |
| 口座番号 | 数字 7 けた       | 桁数にかかわらず「番号」の最後の「1」を取ります。<br>(例) 1 2 3 4 5 6 7 1 → <u>1 2 3 4 5 6 7</u><br>※「番号」が「数字 8 けた未満」のときは、前に 0 をつけてください。<br>(例) 1 2 3 4 5 1 → <u>0 0 1 2 3 4 5</u> |

|         |
|---------|
| 共済組合受付印 |
|         |

|                   |      |
|-------------------|------|
| 共 済 組 合 事 務 処 理 欄 |      |
| 受 付               | 口座登録 |
|                   |      |

☒新規  
☐継続

県収入証紙貼付  
県収入証紙は、申請者において消印してはならない。

※免許番号  
第 号  
(※は申請者において、記入しないこと)

## 麻薬施用者免許申請書（記載例）

捺印

|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------|
| 麻薬業務所                                                                                                 | ふりがな                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | こうべしちゅうおうくみなとじまみなみまち        |                | 1 左記の業務所は開設届済である。<br>2 左記の免許番号及び年月日は本証と確認済である。<br><br>確認者 |
|                                                                                                       | 所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 〒650-0047 神戸市中央区港島南町2丁目1番地1 |                |                                                           |
|                                                                                                       | ふりがな                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | こうべしりつりようせんたーちゅうおうしゅみんびょういん |                |                                                           |
|                                                                                                       | 名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 神戸市立医療センター中央市民病院            |                |                                                           |
| 従たる施設                                                                                                 | ふりがな                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |                | 医師免許証番号と登録年月日の記入                                          |
|                                                                                                       | 所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 〒 従たる施設は総務課で記入致します。         |                |                                                           |
|                                                                                                       | ふりがな                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |                |                                                           |
|                                                                                                       | 名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                |                                                           |
| 医師、歯科医師、獣医師、薬剤師の免許<br>(該当のものを○で囲むこと)                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 第 号                         | 昭和・平成・令和 年 月 日 |                                                           |
| 申請者の<br>欠格条項                                                                                          | (1) 法第51条第1項の規定により免許を取り消されたこと。                                                                                                                                                                                                                                                                                         | なし                          |                |                                                           |
|                                                                                                       | (2) 罰金以上の刑に処せられたこと。                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | なし                          |                |                                                           |
|                                                                                                       | (3) 医事又は薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと。                                                                                                                                                                                                                                                                                     | なし                          |                |                                                           |
| 備 考                                                                                                   | 住所・氏名 記入と押印                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |                |                                                           |
| 上記のとおり、免許を受けたいので申請します。<br>令和 年 月 日 住 所 〒<br>日付記入不要<br>(ふりがな)<br>氏 名<br>兵庫県知事 様<br>氏名・生年月日のみ記入<br>押印不要 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                |                                                           |
| 診<br>断<br>書                                                                                           | (上記申請者)<br>氏名 (生年月日) 大正・昭和・平成 年 月 日生<br>1 精神機能の障害 <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要<br>専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に）<br>2 麻薬又は覚せい剤の中毒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>上記のとおり診断する。 記入不要 令和 年 月 日<br>医師住所 神戸市中央区港島南町2丁目1-1 医師氏名 |                             |                |                                                           |

- 注
- 申請する免許（施用者・管理者）について、該当するものを囲むこと。
  - 申請時には、医師、歯科医師、獣医師、薬剤師の免許証を持参すること。
  - 欠格条項は、なければ「なし」、あれば理由・事実・年月日等を記載すること。
  - 申請書は2部作成し、正本1通に収入証紙を貼付し、所轄の健康福祉事務所又は保健所設置市保健所（神戸市については各区保健センター）に提出すること。

# 被扶養者申告書（増・減）

共済組合事務処理欄

標準報酬月額が不明な場合は空欄で結構です。

神戸市職員共済組合理事長 宛

|                                         |  |         |             |          |          |             |                           |  |                |                                      |                    |  |
|-----------------------------------------|--|---------|-------------|----------|----------|-------------|---------------------------|--|----------------|--------------------------------------|--------------------|--|
| 組合員証の記号・番号                              |  | 記号      | 1 2 3 4 5 6 |          |          |             |                           |  | 所属名            |                                      | 〇〇局〇〇課             |  |
| 組合員氏名                                   |  | 共 済 太 郎 |             |          | 組合員の生年月日 |             | 昭和・平成 57 年 1 月 1 日        |  | 標準報酬月額         |                                      | 〇〇等級 〇, 〇〇〇, 〇〇〇 円 |  |
| フリガナ                                    |  | 性別      | 続柄          | 生年月日     | 職業       | 年間所得推計額     | 住 所                       |  | 異動年月日及び理由      |                                      | ※給与担当課記入欄          |  |
| 被扶養者氏名                                  |  |         |             |          |          |             |                           |  |                |                                      | ※ 共済組合記入欄          |  |
| キョウサイ サキミ                               |  | 男・女     | 母           | 昭和       | —        | 1,492,000 円 | 〒650-8570 神戸市中央区加納町6丁目5-1 |  | 令和 4 年 4 月 1 日 |                                      | ※給与担当課記入欄          |  |
| 共 済 咲 美                                 |  |         |             |          |          |             |                           |  |                |                                      |                    |  |
| キョウサイ イチロウ                              |  | 男・女     | 父           | 昭和       | —        | —           | 〒 同 上                     |  | 令和 4 年 4 月 1 日 |                                      | ※給与担当課記入欄          |  |
| 共 済 一 郎                                 |  |         |             |          |          |             |                           |  |                |                                      |                    |  |
|                                         |  | 男・女     |             | 昭和       |          |             | 〒                         |  | 令和 年 月 日       |                                      | ※給与担当課記入欄          |  |
|                                         |  |         |             |          |          |             |                           |  |                |                                      |                    |  |
|                                         |  | 男・女     |             | 平成 年 月 日 |          |             | 〒                         |  | 令和 年 月 日       |                                      | ※給与担当課記入欄          |  |
|                                         |  |         |             |          |          |             |                           |  |                |                                      |                    |  |
|                                         |  | 男・女     |             | 令和       |          |             | 〒                         |  | 令和 年 月 日       |                                      | ※給与担当課記入欄          |  |
|                                         |  |         |             |          |          |             |                           |  |                |                                      |                    |  |
| 上記のとおり申告します。 令和 4 年 4 月 1 日             |  |         |             |          |          |             |                           |  |                | □ 資格喪失証明書の発行を希望する<br>※扶養取消(減)の場合のみ有効 |                    |  |
| 申告者(住所) 神戸市中央区加納町6丁目5-1 (氏名) 共 済 太 郎    |  |         |             |          |          |             |                           |  |                |                                      |                    |  |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 4 年 4 月 1 日 |  |         |             |          |          |             |                           |  |                |                                      |                    |  |
| 所属所長(補職名) 〇〇局〇〇課長 (氏名) 〇 〇 〇 〇          |  |         |             |          |          |             |                           |  |                | (担当署名) 〇 〇                           |                    |  |
|                                         |  |         |             |          |          |             |                           |  |                | (連絡先) 〇〇〇-〇〇〇〇                       |                    |  |

- 「年間所得推計額」欄には、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、資産所得、事業所得、その他の所得の推計額を記入してください。
- 扶養事実の発生(消滅)の理由は、「異動年月日及び理由」欄に具体的に詳しく書いてください。
- ※印欄は記入しないでください。
- 申請するに至った事実発生日が確認できるもののコピーを添付してください。
- 普通認定者(扶養手当の支給対象者)の申請の場合は、給与担当課で扶養手当の支給・廃止が決定されてから共済組合の決定を行います。普通認定以外の認定の場合、申立書(様式3-3-1)及び同居・別居届(様式3-3-2)も必要です。また、その他添付書類が必要な場合があります。認定対象者が20歳以上60歳未満の配偶者である場合は、国民年金第3号被保険者関係届もあわせて提出してください。
- 被扶養者の認定を取消す場合は、共済組合より発行している被扶養者証もあわせて返却してください。
- 住民票が日本国内にない被扶養者を申請する場合は、国内居住要件の例外に該当するかを確認のうえ、それを証する書類(留学先の学生証・査証など)および同居・別居届(様式3-3-2)を添付してください。

|          |         |
|----------|---------|
| 給与担当課受付印 | 共済組合受付印 |
|          |         |



# 被扶養者申告書（増・減）

共済組合事務処理欄

標準報酬月額が不明な場合は空欄で結構です。

神戸市職員共済組合理事長 宛

|                          |  |                     |    |                 |      |                    |                              |        |                                                   |                    |                                                   |                |    |
|--------------------------|--|---------------------|----|-----------------|------|--------------------|------------------------------|--------|---------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------|----------------|----|
| 組合員証の記号・番号               |  | 記号 1 番号 1 2 3 4 5 6 |    |                 |      |                    |                              | 所属名    |                                                   | 〇〇局〇〇課             |                                                   |                |    |
| 組合員氏名                    |  | 共 済 太 郎             |    | 組合員の生年月日        |      | 昭和・平成 57 年 1 月 1 日 |                              | 標準報酬月額 |                                                   | 〇〇等級 〇, 〇〇〇, 〇〇〇 円 |                                                   |                |    |
| フリガナ                     |  | 性別                  | 続柄 | 生年月日            | 職業   | 年間所得推計額            | 住 所                          |        | 異動年月日及び理由                                         |                    | ※給与担当課記入欄                                         | ※共済組合記入欄       |    |
| 被扶養者氏名                   |  |                     |    |                 |      |                    |                              |        |                                                   |                    | 扶養手当受給の有無                                         | 判定             | 備考 |
| キョウサイ ジロウ                |  | 男・女                 | 子  | 昭和              | 会社員  | 2,000,000 円        | 〒650-8570<br>神戸市中央区加納町6丁目5-1 |        | 令和 4 年 4 月 1 日                                    |                    | 令和 年 月                                            | 令和 年 月 日       | 普通 |
| 共 済 次 郎                  |  |                     |    | 平成 10 年 7 月 1 日 |      |                    |                              |        | (増) 採用・出生・結婚・退職・所得減・扶養者変更・その他( )                  |                    | 支給                                                | 認定・取消          |    |
|                          |  |                     |    | 令和              | 個人番号 | * * *              | * * *                        | * * *  | (減) 就職・所得増・結婚・死亡・扶養者変更・離婚・後期高齢者・勤務先で社会保険加入・その他( ) | より 廃止              | 証回収日<br>令和 年 月 日                                  | 障害             |    |
|                          |  | 男・女                 |    | 昭和              |      |                    | 〒                            |        | 令和 年 月 日                                          |                    | 令和 年 月                                            | 令和 年 月 日       | 普通 |
|                          |  |                     |    | 平成 年 月 日        |      |                    |                              |        | (増) 採用・出生・結婚・退職・所得減・扶養者変更・その他( )                  |                    | (減) 就職・所得増・結婚・死亡・扶養者変更・離婚・後期高齢者・勤務先で社会保険加入・その他( ) |                |    |
|                          |  | 男・女                 |    | 昭和              |      |                    | 〒                            |        | 令和 年 月 日                                          |                    | 令和 年 月                                            | 令和 年 月 日       | 普通 |
|                          |  |                     |    | 平成 年 月 日        |      |                    |                              |        | (増) 採用・出生・結婚・退職・所得減・扶養者変更・その他( )                  |                    | (減) 就職・所得増・結婚・死亡・扶養者変更・離婚・後期高齢者・勤務先で社会保険加入・その他( ) |                |    |
| 上記のとおり申告します。             |  |                     |    |                 |      |                    |                              |        |                                                   |                    |                                                   | 令和 4 年 4 月 1 日 |    |
| 申告者(住所) 神戸市中央区加納町6丁目5-1  |  |                     |    |                 |      |                    |                              |        |                                                   |                    |                                                   | (氏名) 共 済 太 郎   |    |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 |  |                     |    |                 |      |                    |                              |        |                                                   |                    |                                                   | 令和 4 年 4 月 1 日 |    |
| 所属所長(補職名) 〇〇局〇〇課長        |  |                     |    |                 |      |                    |                              |        |                                                   |                    |                                                   | (氏名) 〇 〇 〇 〇   |    |
|                          |  |                     |    |                 |      |                    |                              |        |                                                   |                    |                                                   | (担当署名) 〇 〇     |    |
|                          |  |                     |    |                 |      |                    |                              |        |                                                   |                    |                                                   | (連絡先) 〇〇〇-〇〇〇〇 |    |

※普通認定者(扶養手当の支給対象者)の場合、給与担当課の認定と連動するため、原則扶養手当の廃止決定後に共済組合の取消決定を行います。国民健康保険に加入するなど資格喪失証明書の発行を急がれる場合は、あらかじめ共済組合にご相談ください。

☐ 資格喪失証明書の発行を希望する  
※扶養取消(減)の場合のみ有効

- 「年間所得推計額」欄には、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、資産所得、事業所得、その他の所得の推計額を記入してください。
- 扶養事実の発生(消滅)の理由は、「異動年月日及び理由」欄に具体的に詳しく書いてください。
- ※印欄は記入しないでください。
- 申請するに至った事実発生日が確認できるもののコピーを添付してください。
- 普通認定者(扶養手当の支給対象者)の申請の場合は、給与担当課で扶養手当の支給・廃止が決定してから共済組合の決定を行います。普通認定以外の認定の場合、申立書(様式3-3-1)及び同居・別居届(様式3-3-2)も必要です。また、その他添付書類が必要な場合があります。認定対象者が20歳以上60歳未満の配偶者である場合は、国民年金第3号被保険者関係届もあわせて提出してください。
- 被扶養者の認定を取消す場合は、共済組合より発行している被扶養者証もあわせて返却してください。
- 住民票が日本国内にない被扶養者を申請する場合は、国内居住要件の例外に該当するかを確認のうえ、それを証する書類(留学先の学生証・査証など)および同居・別居届(様式3-3-2)を添付してください。

|          |         |
|----------|---------|
| 給与担当課受付印 | 共済組合受付印 |
|          |         |



# 申 立 書

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

|                                                                                                                                                                                 |                                                 |                   |                                                                                                                         |      |  |                                                                                                        |           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--|
| 組合員証の<br>記号・番号                                                                                                                                                                  | 記号                                              | 3                 | 番号                                                                                                                      | 記入不要 |  | 所 属 名                                                                                                  | 〇〇局〇〇部〇〇課 |  |
| 認定対象者氏名                                                                                                                                                                         | 共 済 咲 美                                         |                   |                                                                                                                         |      |  | 組 合 員<br>との続柄                                                                                          | 母         |  |
| 申 請 理 由<br><br>(認定対象者を組合員の収入でどのように生計維持を行っているか、右の欄(ア)～(カ)に従って詳しく記入してください。)                                                                                                       | (ア)母である共済咲美を今年から扶養しています。                        |                   |                                                                                                                         |      |  | (ア)認定対象者をいつから扶養しているか、また、いつから扶養するかを記入してください。                                                            |           |  |
|                                                                                                                                                                                 | (イ)収入は国民年金及び厚生年金で、就労はしていません。                    |                   |                                                                                                                         |      |  | (イ)認定対象者の収入及び就労の有無を記入してください。                                                                           |           |  |
|                                                                                                                                                                                 | (ウ)認定対象者の収入は年金のみであり、高齢のため生活面で介護を行う必要があります。      |                   |                                                                                                                         |      |  | (ウ)認定対象者を組合員が扶養しなければならない理由及びどのように扶養しているかを具体的に記入してください。                                                 |           |  |
|                                                                                                                                                                                 | (エ)同居しています。                                     |                   |                                                                                                                         |      |  | (エ)認定対象者と同居しているか別居かを記入してください。また、別居の場合はその理由を記入してください。                                                   |           |  |
|                                                                                                                                                                                 | (オ)就職で自立する予定はありません。                             |                   |                                                                                                                         |      |  | (オ)認定対象者が、今後就職等で自立する予定があるかどうかを記入してください。                                                                |           |  |
|                                                                                                                                                                                 | (カ)配偶者も無職で私の扶養に入っており、母は私以外に子がいないため他の扶養義務者はいません。 |                   |                                                                                                                         |      |  | (カ)認定対象者に組合員と同等又はそれ以上の扶養義務者(配偶者・父母・兄弟等)がいるかを記入してください。扶養義務者がいる場合は、その者が認定対象者を扶養できない理由を記入し、その証明を添付してください。 |           |  |
|                                                                                                                                                                                 |                                                 |                   |                                                                                                                         |      |  |                                                                                                        |           |  |
|                                                                                                                                                                                 |                                                 |                   |                                                                                                                         |      |  |                                                                                                        |           |  |
|                                                                                                                                                                                 |                                                 |                   |                                                                                                                         |      |  |                                                                                                        |           |  |
| 認定対象者にこの申請後1年間に見込まれる収入                                                                                                                                                          |                                                 | あり ・ なし           |                                                                                                                         |      |  |                                                                                                        |           |  |
|                                                                                                                                                                                 |                                                 | 「あり」の場合は、その収入額と種類 | 年額 1,492,000 円<br>収入種類 年金 ・ 給与 ・ その他 ( )                                                                                |      |  |                                                                                                        |           |  |
| 認定対象者と組合員が別居の場合のみ記入してください。                                                                                                                                                      | 別居先への仕送り額                                       |                   | 年額 円<br>内訳 月 額 円×12 か月<br>ボーナス時 円 その他 円                                                                                 |      |  |                                                                                                        |           |  |
|                                                                                                                                                                                 | 仕送りの方法                                          |                   | 銀行振込 ・ 現金書留<br>認定対象者と組合員が別居の場合は、仕送りによって生計を維持していることが認定の条件です。仕送りについては後日当組合で確認しますので、銀行振込等確認できる方法で仕送りを行ってください(手渡しは認められません)。 |      |  |                                                                                                        |           |  |
| 上記の者については、組合員である私の収入で生計を維持していますので、組合員被扶養者として認定してくださいませう、申し立てます。申し立ての事実と異なった事情が生じたときは、速やかに届け出るとともに、認定が取り消された日にさかのぼり共済組合から給付された医療費について返還いたします。<br>令和 4 年 4 月 1 日<br>組合員氏名 共 済 太 郎 |                                                 |                   |                                                                                                                         |      |  |                                                                                                        |           |  |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。<br>令和 4 年 4 月 1 日<br>補職名 〇〇局〇〇部〇〇課長<br>所属所長 氏 名 〇 〇 〇 〇                                                                                                |                                                 |                   |                                                                                                                         |      |  |                                                                                                        |           |  |

《提出にあたっての注意事項》

- 被扶養者同居・別居届(様式 3-3-2) も必ず併せて提出してください。
- 認定対象者と組合員が別居の場合は、仕送りによって生計を維持していることが認定の条件です。仕送りについては後日当組合で確認しますので、銀行振込等で確認できる方法で仕送りを行ってください。
- 下記の添付書類一覧を確認のうえ、必要となる証明書等を添付してください。

《添付書類一覧》(全てコピーで結構です。)

|                                     |                         |                                      |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 特別認定                                | 収入証明                    | 年金受給者                                | 直近の年金振込通知書(裁定通知書又は改定通知書)            |
|                                     |                         | 事業所得者など                              | 確定申告書及び計算書                          |
|                                     |                         | パート及びアルバイト                           | 源泉徴収票又は事業主の雇用条件証明書                  |
|                                     |                         | 退職者                                  | 雇用保険受給資格者証、離職票又は退職証明書               |
|                                     |                         | 収入のない者                               | 市県民税所得証明書またはマイナンバーによる地方税情報取得のための同意書 |
|                                     |                         | 認定対象者が父母の場合                          | 認定対象者の配偶者の収入証明(上に同じ)                |
| 障害認定                                | 3親等内の親族で障害年金受給資格者1～3級の者 | 障害年金の裁定通知書+上記の収入証明                   |                                     |
| 認定対象者に組合員と同等又は同等以上の扶養の義務を持った者がいる場合  |                         | その者が認定対象者を扶養していない旨の証明又は申立書           |                                     |
| 住民票が日本国内にない被扶養者を申請する場合              |                         | 国内居住要件の例外に該当することを証する書類(留学先の学生証・査証など) |                                     |
| その他、認定にあたって必要となる証明書等の添付を求める場合があります。 |                         |                                      |                                     |

被扶養者同居・別居届

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

|                |                 |   |    |   |      |   |       |         |   |
|----------------|-----------------|---|----|---|------|---|-------|---------|---|
| 組合員証の<br>記号・番号 | 記号              | 3 | 番号 |   | 記入不要 |   | 組合員氏名 | 共 済 太 郎 |   |
| 組合員住所          | 郵便番号            | 6 | 5  | 0 | —    | 8 | 5     | 7       | 0 |
|                | 神戸市中央区加納町6丁目5－1 |   |    |   |      |   |       |         |   |

同居届（同居者全員の氏名を記入してください。）

| 同居者氏名   | 性別  | 続柄 | 配偶者の有無 | 生 年 月 日           | 収 入<br>の有無 | 収入の額        | 収入の種類     |
|---------|-----|----|--------|-------------------|------------|-------------|-----------|
| 共 済 咲 美 | 男・女 | 母  | 有・無    | 昭・平・令 29年 2 月 16日 | 有・無        | 1,492,000 円 | 給与・年金・その他 |
| 共 済 一 郎 | 男・女 | 父  | 有・無    | 昭・平・令 34年 5 月 10日 | 有・無        | 円           | 給与・年金・その他 |
|         | 男・女 |    | 有・無    | 昭・平・令 年 月 日       | 有・無        | 円           | 給与・年金・その他 |
|         | 男・女 |    | 有・無    | 昭・平・令 年 月 日       | 有・無        | 円           | 給与・年金・その他 |
|         | 男・女 |    | 有・無    | 昭・平・令 年 月 日       | 有・無        | 円           | 給与・年金・その他 |
|         | 男・女 |    | 有・無    | 昭・平・令 年 月 日       | 有・無        | 円           | 給与・年金・その他 |

別居届（配偶者、子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹以外の者は、別居であれば認定できません。）

|       |     |    |        |             |            |      |           |
|-------|-----|----|--------|-------------|------------|------|-----------|
| 別居者氏名 | 性別  | 続柄 | 配偶者の有無 | 生 年 月 日     | 収 入<br>の有無 | 収入の額 | 収入の種類     |
|       | 男・女 |    | 有・無    | 昭・平・令 年 月 日 | 有・無        | 円    | 給与・年金・その他 |
|       | 男・女 |    | 有・無    | 昭・平・令 年 月 日 | 有・無        | 円    | 給与・年金・その他 |
|       | 男・女 |    | 有・無    | 昭・平・令 年 月 日 | 有・無        | 円    | 給与・年金・その他 |
|       | 男・女 |    | 有・無    | 昭・平・令 年 月 日 | 有・無        | 円    | 給与・年金・その他 |
|       | 男・女 |    | 有・無    | 昭・平・令 年 月 日 | 有・無        | 円    | 給与・年金・その他 |
| 別居先住所 | 〒   |    | —      |             |            |      |           |
|       |     |    |        |             |            |      |           |

備考欄

☐ 国内居住要件の例外に該当 【理由：留学・一時的渡航・その他（ ）】



令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日提出

事業主記入欄

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

事業主等受付年月日

届出記入の個人番号(基礎年金番号)に誤りがないことを確認しました。

〒 ー

(保険事務担当の方へ)  
水道局・交通局・外郭団体・病院機構  
は所属長、学校園は校(園)長。  
それ以外は総務事務センターで記入。

令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日

職員番号を記入。  
(※会計年度任用職員は組合員番号)

職員番号

1 2 3 4 5 6

日本年金機構

職員

第2号被保険者組合員欄

氏名

住所

(フリガナ) キョウサイ タロウ

共済 太郎

生年月日

5. 昭和 年 月 日

7. 平成 0 3 0 4 0 5

性別

1. 男性 2. 女性

④ 個人番号または基礎年金番号

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1

⑤ 個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。

〒 ー

都道府県

個人番号(マイナンバー)12桁、  
または基礎年金番号10桁(左詰め)のどちらかを記入。  
基礎年金番号を記入した場合は、住所欄も記入する。

届出内容に応じて、該当・非該当(変更)のいずれかを○で囲み、記入してください。

職員の配偶者

B. 被(第2号)被保険者(養育者)

氏名

住所

この届書記載のとおり届出します。

令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日

日本年金機構理事長あて

(フリガナ) キョウサイ ハナコ

(氏名) 共済 花子

届書の提出は組合員(第2号被保険者)に委任します (必ずチェック→)

② 生年月日

5. 昭和 年 月 日

7. 平成 0 4 0 5 0 6

性別(続柄)

1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届)

④ 個人番号または基礎年金番号

1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

⑤ 外国籍

個人番号(マイナンバー)12桁、  
または基礎年金番号10桁(左詰め)のどちらかを記入。

⑧ 電話番号

① 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他

〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇

⑨ 第3号被保険者になった日

7. 平成 9. 令和 0 2 1 1 2 2

⑩ 理由

1. 配偶者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 収入減少 5. その他

⑪ 配偶者の加入制度

31. 厚生年金保険・健康保険 32. 国家公務員共済組合 33. 地方公務員等共済組合 34. 日本私立学校振興・共済事業団 35. 厚生年金保険・船員保険

⑫ 第3号被保険者でなくなった日

7. 平成 9. 令和

⑬ 理由

1. 死亡(令和 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他( 年 月 日)

⑭ 備考

氏名変更を届出の場合に記入

変更前氏名 フリガナ

コウベ ハナコ

氏名 神戸 花子

変更年月日

令和 2 年 11 月 22 日

共済組合記入欄

(申請される方へ)

提出前にご確認ください。

☐ 記入内容に誤りはありませんか。

☐ 記入もれはありませんか。

特に届出の委任に関する欄には必ずチェックをお願いします。

☐ 添付書類をつけていますか。

個人番号(マイナンバー)による届出...個人番号(マイナンバー)カード等、またはその写し

基礎年金番号による届出...被扶養者の基礎年金番号がわかるものの写し

(保険事務担当の方へ)

◆個人番号(マイナンバー)で申請がありましたら、以下の事項を確認してください。

☐ 個人番号(マイナンバー)は正しく記入されていますか。

☐ 提出された個人番号(マイナンバー)カード等またはその写しは確認後、申請者に返却しましたか。

→以上、よろしければ郵送(簡易書留推奨)、または直接窓口へ提出してください。

◆基礎年金番号で申請がありましたら、従来通り庁内メール等で提出してください。

添付書類...被扶養者の基礎年金番号がわかるものの写し

【提出先】 水道局・交通局・病院 其他外郭団体 → 共済組合 医療係 左記以外の所属 → 総務事務センター

氏名変更の届出について

・資格取得と同時に変更→該当に○

・3号加入中に変更→非該当(変更)に○

をつけて備考欄に記入。

※ただし、個人番号(マイナンバー)と基礎年金番号が結びついている場合は届出不要。

共済組合受付欄