

事務次長	事務次長	班長	担当	原票

任期更新(再就職)にかかる
被扶養者申告書
継続認定申立書

国民年金第3号被保険者届

※ 組合員種別が変更になる場合で、60歳未満の被扶養者を認定する場合は、「国民年金第3号被保険者関係届」の提出が必要です。

※7桁・右詰で記入
(桁数が足りない場合、頭に「0」を追加)

組合員番号(旧) (職員番号)	地・沖縄					
組合員番号(現) (職員番号)	地・沖縄					
フリガナ						
組合員氏名						

生 年 月 日						
<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	生		
<input type="checkbox"/> 平成						
所属機関名(〇〇部〇〇課・〇〇病院)						

〇配偶者情報は①の太枠部分にご記入ください。 ※短期組合員の場合は「基礎年金番号」記入不要

「年間収入推計額」欄には、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労収入、資産所得、事業所得、その他の収入の推計額を記入してください。

フリガナ 被扶養者氏名	生年月日			年 齢	住所 別居の場合、住所を記入	性 別	続柄 (妻、長男 等)	仕事の 有無	年間収入 推計額 万円	被扶養の要件を備えた 年月日・理由	資格確認書 の発行	※該当する箇所に 「〇」を記入
	年号	年	月									
①	昭和			歳	〔同居・別居〕	男		有・無	約	令和 年 月 日	要	有・無
	平成										発行理由 ※下記理由より 番号を記入	
配偶者基礎年金番号												
②	昭和			歳	〔同居・別居〕	男		有・無	約	令和 年 月 日	要	有・無
	平成										発行理由	
③	昭和			歳	〔同居・別居〕	男		有・無	約	令和 年 月 日	要	有・無
	平成										発行理由	
④	昭和			歳	〔同居・別居〕	男		有・無	約	令和 年 月 日	要	有・無
	平成										発行理由	

地方職員共済組合 沖縄県支部長 殿

上記の者は、地方職員共済組合沖縄県支部における認定更新又は検認の後において、所得及び同居要件等に関し、変動が無いことを申し立てます。

申立内容が事実と異なった場合及び被扶養者自身の年間収入の増加・他保険への加入・雇用保険の受給・同居区分の変更・組合員の扶養実態(主たる扶養者)に変更が生じた場合は、すみやかに地共済へ届出を行うとともに、遡って認定を取り消された場合は、無資格期間の医療費等について返納することに同意します。

決定	※地共済記入	※認定年月日			※認定区分	備考
	令和	年	月	日	1. 普通認定 2. 特別認定	

令和 年 月 日

氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日
所属所長 職名
氏名

地共済受付印	所属所受付印	所属所担当者チェック欄(記載内容・添付書類等)
		<p>〇 所属所受付日が被扶養の要件を備えた年月日より30日以内となっている。 ※30日を超えている場合は、所属所受付日が認定日となります。</p> <p>〇 扶養手当受給有無に〇を記入した。(扶養手当認定担当者にて記入) ※扶養手当が認定・取消されている場合は「扶養手当認定簿の写し」も添付してください。</p> <p>被扶養者の氏名・フリガナ・生年月日・その他記載内容や添付資料に不備がないことを確認した。</p>
		所属所担当者名
		所属所担当者連絡先

※ 資格確認書発行理由は下記から選択して記入してください。(マイナ保険証利用可能な方は交付対象外です)

- ① マイナンバーカードをもっていないため
- ② マイナ保険証利用登録をしていないため(または利用解除したため)
- ③ マイナ保険証による受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助するため(高齢者、障害者等)
- ④ その他()

事務次長	事務次長	班長	担当	原票

任期更新(再就職)にかかる
被扶養者 申告書
継続認定申立書

国民年金第3号被保険者届
※ 組合員種別が変更になる場合で、60歳未満の被扶養者を認定する場合は、「国民年金第3号被保険者関係届」の提出が必要です。

※7桁・右詰で記入
(桁数が足りない場合、頭に「0」を追加)

組合員番号(旧) (職員番号)	地・沖縄	6	0	0	0	0	0	0
組合員番号(現) (職員番号)	地・沖縄	6	1	1	1	1	1	1

生 年 月 日							
昭和	50	年	11	月	1	日	生
平成							

フリガナ	キョウサイ タロウ	所属機関名(〇〇部〇〇課・〇〇病院)	〇〇部〇〇課・〇〇病院
組合員氏名	共済 太郎		

配偶者情報は①の太枠部分にご記入ください。 ※短期組合員の場合は「基礎年金番号」記入
「年間収入推計額」欄には、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労収入、資産所得、事業所得等(申告時から未来に向かって1年間の収入(推計額))を記入してください。

フリガナ	生年月日	年齢	住所	性別	続柄(妻、長男等)	仕事の有無	年間収入推計額	扶養の要件を備えた年月日・理由	資格確認書の発行	※該当する箇所に「○」を記入
被扶養者氏名	年号 年 月 日	歳	別居の場合、住所を記入 〔同居 別居〕					令和 6 年 4 月 1 日	要	扶養手当受給有無
①	昭和 60 1 1	38	別居の場合、住所を記入	男	妻	有・無	約 100 万円	採用に伴い	要	有
配偶者基礎年金番号	0 0 0 0 0 0						アルバイト・パートも含む。		要	無
②	昭和		〔同居・別居〕	男					要	有・無
③	平成 令和	歳		女		有・無	約 万円		要	有・無
④	昭和 平成 令和	歳	〔同居・別居〕	男 女			約 万円		要	有・無

地方職員共済組合 沖縄県支部長 殿	※地共済記入	※認定年月日	※認定区分	備考
上記の者は、地方職員共済組合沖縄県支部における認定更新又は検認の後において、所得及び同居要件等に関し、変動が無いことを申し立てます。 申立内容が事実と異なった場合及び被扶養者自身の年間収入の増加・他保険への加入・雇用保険の受給・同居区分の変更・組合員の扶養実態(主たる扶養者)に変更が生じた場合は、すみやかに地共済へ届出を行うとともに、遡って認定を取り消された場合は、無資格期間の医療費等について返納することに同意します。	決定	年号 年 月 日	1. 普通認定 2. 特別認定	
		令和 6 年 4 月 1 日		
		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 6 年 4 月 2 日	組合員が所属所に申告書を提出した日に、所属所受付印を押印してください。	所属所長 〇〇部〇〇課・〇〇病院 氏名 共済 二郎
--	-------------------------------------	------------------------------

地共済受付印	所属所受付印	所属所
	受付	
資格確認書の発行が必要な場合は、「要」をチェックのうえ、下記理由から番号を選択して記入。	<input type="checkbox"/> 所属所受付日が被扶養の要件を備えた年月日より30日以内となっている。 ※30日を超えている場合は、所属所受付日が認定日となります。 <input type="checkbox"/> 扶養手当受給有無に○を記入した。(扶養手当認定担当者にて記入) ※扶養手当が認定・取消されている場合は「扶養手当認定簿の写し」も添付してください。 <input type="checkbox"/> 被扶養者の氏名・フリガナ・生年月日・その他記載内容や添付資料に不備がないことを確認した。	所属所担当者名 共済 三郎 所属所担当者連絡先 IP:0000

※ 資格確認書発行理由は下記から選択して記入してください。(マイナ保険証利用可能な方は交付対象外です)

- ① マイナンバーカードをもっていないため
- ② マイナ保険証利用登録をしていないため(または利用解除したため)
- ③ マイナ保険証による受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要があるため(高齢者、障害者等)
- ④ その他()