

所属所受付日付印

10 認 定
 20 抹 消 申 告 書
 30 認 定 期 限 延 長
 (番号を○で囲んでください。)

共済組合	課 長	課長代理	担 当

委任先番号	所属所名	組員番号	氏 名	生 年 月 日	年	月	日
				3 昭 和			
				4 平 成			

認定・抹消を受けようとする者の氏名	生 年 月 日	順位	性別	続柄	世帯の区分	被扶養者の要件を備え又は欠に至った理由及び年月日	扶養手当支給	給与事務担当者確認欄	※ 認定・抹消年月日	理由	※ 認定期限年月日	理由
フリガナ 被扶養配偶者	年 月 日		1 男 2 女	1 夫 2 妻	1 同居 2 別居	理由 年 月 日	1 有 2 無	担当者氏名 <input type="checkbox"/> チェック	※ 		※ 	
フリガナ その他の被扶養者	3 昭 4 平 5 令		1 男 2 女		1 同居 2 別居	理由 年 月 日	1 有 2 無	担当者氏名 <input type="checkbox"/> チェック	※ 		※ 	
フリガナ その他の被扶養者	3 昭 4 平 5 令		1 男 2 女		1 同居 2 別居	理由 年 月 日	1 有 2 無	担当者氏名 <input type="checkbox"/> チェック	※ 		※ 	

別紙資料を添えて、上記のとおり申告します。

東京都職員共済組合理事長 殿

令和 年 月 日 申告者 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 (公印省略)

-記入上の注意-

- 1 太枠内に記入してください。 ※のある箇所には記入しないでください。
- 2 欄内を棒線又は点線で区切っていない欄は漢字で記入してください。
- 3 該当事項はマルで囲んでください(チェックボックスを除く)。
- 4 認定、抹消、期限延長は、同一の用紙を使用しないでください。
- 5 事実の生じた日から30日以内に全ての必要書類を揃えて所属受付印を受けてください。
- 6 順位については、双子や三つ子等の場合のみ戸籍順に番号を記入してください。

本申告書記載の個人情報は、当組合の短期給付、長期給付及び福祉事業に利用するほか、(消防庁職員に係るものを除き)一般財団法人東京都人材支援事業団又は特別区互助組合に提供され、それぞれが行う給付事業の基礎資料に利用されます。

共済組合	処理欄	入力	確認済	親族関係 (戸籍)	居住関係 (住民票)	証交付

東京都職員共済組合金年保険部医療保険課資格担当(令和4年5月)

所属所（控）

被扶養者 10 認定
 20 抹消 申告書
 30 認定期限延長
 (番号を○で囲んでください。)

委任先番号	所属所名	組員番号	氏名	生年月日	年	月	日
.....			3 昭和			
				4 平成			

認定・抹消を受けようとする者の氏名	生年月日	順位	性別	続柄	世帯の区分	被扶養者の要件を備え又は欠に至った理由及び年月日	扶養手当支給	給与事務担当者確認欄	※ 認定・抹消年月日	理由	※ 認定期限年月日	理由
フリガナ 被扶養配偶者	年 月 日		1 男 2 女	1 夫 2 妻	1 同居 2 別居	理由 年 月 日	1 有 2 無	担当者氏名 <input type="checkbox"/> チェック	※ ※証回収 1 有 2 無		※ ※国年3号届 1 該当 2 非該当	
フリガナ その他の被扶養者	3 昭 4 平 5 令		1 男 2 女		1 同居 2 別居	理由 年 月 日	1 有 2 無	担当者氏名 <input type="checkbox"/> チェック	※ ※証回収 1 有 2 無		※	
フリガナ その他の被扶養者	3 昭 4 平 5 令		1 男 2 女		1 同居 2 別居	理由 年 月 日	1 有 2 無	担当者氏名 <input type="checkbox"/> チェック	※ ※証回収 1 有 2 無		※	

別紙資料を添えて、上記のとおり申告します。

東京都職員共済組合理事長 殿

令和 年 月 日 申告者 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 (公印省略)

-記入上の注意-

- 1 太枠内に記入してください。 ※のある箇所には記入しないでください。
- 2 欄内を棒線又は点線で区切っていない欄は漢字で記入してください。
- 3 該当事項はマルで囲んでください(チェックボックスを除く)。
- 4 認定、抹消、期限延長は、同一の用紙を使用しないでください。
- 5 事実の生じた日から30日以内に全ての必要書類を揃えて所属受付印を受けてください。
- 6 順位については、双子や三つ子等の場合のみ戸籍順に番号を記入してください。

本申告書記載の個人情報は、当組合の短期給付、長期給付及び福祉事業に利用するほか、(消防庁職員に係るものを除き)一般財団法人東京都人材支援事業団又は特別区互助組合に提供され、それぞれが行う給付事業の基礎資料に利用されます。

共済組合	処理欄	入力	確認済	親族関係 (戸籍)	居住関係 (住民票)	証交付
			確認			

東京都職員共済組合金保険部医療保険課資格担当 (令和4年5月)