

見本

被扶養者申告書

組 合 員 証 号 記 号 番 号	1234567800				所 属 部 局 課 名	〇〇〇〇 (〇〇〇〇)				
組 合 員 氏 名 生 年 月 日	キョウサイ 知ウ 共 済 太 郎 昭 和 50 年 5 月 10 日				※ 認 定 年 月 日	年 月 日 記入しないでください				
認 定 (取 消) を 受 け よう と す る 者 の 氏 名	性 別 続 柄	生 年 月 日	職 業	年 間 所 得 推 計 額	現 住 所	扶 養 親 族 の 認 定 の 有 無	給 与 事 務 担 当 者 証 明 印	被 扶 養 者 の 要 件 を 備 え 又 は 欠 く に 至 っ た 年 月 日 及 び そ の 理 由	判 定 及 理 由	定 び 理 由
									判定	理由
上記のとおり申告します。										
文部科学省共済組合東京医療センター 事務局長 殿										
平成 30 年 9 月 3 日										
住所 湯島 1-5-4 東京都文京区 白山2-36-3										
申告者 氏名 共済 太郎										
署名 & 捺印 印										

住所に変更がある場合は朱書きで訂正
(この用紙の修正のほか、
住所変更の手続きが別途必要です)

提出日(9月3日以降)記入
※土日祝の日付不可

※シャチハタ不可