

被扶養者申告書（増・減）

神戸市職員共済組合理事長 宛

共 済 組 合 事 務 処 理 欄					

組合員の記号・番号	記号	番号						所 属 名								
組合員氏名			組合員の生年月日			昭和・平成		年	月	日	標準報酬月額		等級			円
組合員種別（該当に○）			・一般職員 ・任期付職員(7ㄖㄗ・短時間) ・再任用職員(7ㄖㄗ・短時間) ・会計年度任用職員 ・その他特別職 ・病院機構職員													
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	認定 区分		
									令和 年 月 日		令和 年 月 日			普通		
		男・女		昭和 平成 年 月 日 令和			〒	令和 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・勤務先で社会保険加入・ その他()	令和 年 月 日	支給	認定・取消			普通 特別 障害		
											回収日 令和 年 月 日					
個人番号(必須)											より	廃止	令和 年 月 日			
資格確認書の 交付希望		以下の要件に該当する場合に交付します。いずれかに☑を記入してください。 ☐ マイナンバーカードを取得していない、または返納した。 ☐ 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。 ☐ 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。						扶養手当の申請の有無 ※一般職員、任期付職員(7ㄖㄗ)、病院機構職員のみ記入 ☐ 申請した ☐ 申請しない ※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。		□ 交付 □ 交付不可 確認日 令和 年 月 日						
※扶養認定(増) のうち、希望する 場合に記入		☐ 上記の交付要件に該当するため、資格確認書の交付を希望します。														
上記のとおり申告します。 令和 年 月 日									□ 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							
申告者(住所) (氏名)									□ 国民年金3号被保険者関係届の添付あり ※60歳未満の配偶者の場合のみ必要							
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									(担当者名)							
所属所長(補職名) (氏名)									(連絡先) ー							

- 「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。
- 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資格確認書等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。
- 【結果通知について】決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算した3か月以内に文書又は口頭で、その趣旨及び理由を付して、全国市町村職員共済組合連合会審査会に対して審査請求することができます。また、行政事件訴訟法により、この決定があったことを知った日から6か月以内(審査請求を行ったときは、審査会の裁決があったことを知った日から6か月以内)に神戸市職員共済組合を被告として取消訴訟を提起することができます。

給与担当課受付印	共 済 組 合 受 付 印

再交付申請書

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

組合員の 記号・番号	記号	番号							組合員 氏名	
所属名	電話									
※1 氏名変更	新	フリガナ							旧	フリガナ
	変更理由		結婚・離婚・その他（ ）							
	変更年月日		平成・令和 年 月 日							
備考										
再交付の申請	次のいずれかに☑を入れてください。 ☐ 資格確認書 (交付対象者の氏名) ☐ 資格情報通知書 (交付対象者の氏名) ☐ 限度額適用認定証 (適用対象者の氏名) ☐ 高齢受給者証 (交付対象者の氏名) ☐ その他 ()									
上記のとおり氏名等の変更を申告のうえ再交付を申請します。 令和 年 月 日 申請者氏名										
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 補職名 所属所長 氏 名										

※1 被扶養者の氏名変更の場合は、住民票の写し・戸籍抄本等を添付してください。
《提出にあたっての注意事項》
1 組合員(本人)の氏名変更の場合は、新しい氏名を記載した給付金振込口座届(様式3-11)も併せて提出してください。
2 再交付申請の対象となる証等を添付してください。
3 再交付には、おおむね1週間程度の日数を要します。

共済組合受付印	共 済 組 合 事 務 処 理 欄		

産前産後休業期間掛金免除申出書

神戸市職員共済組合

請求者が記入するところ	所属コード					所属の名称						
	組合員の 記号・番号	記号		番号								
	フリガナ							生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日
	組合員氏名											
	産前産後期間 (掛金免除の対象期間)	(開始日) 平成・令和 年 月 日						(終了日) 平成・令和 年 月 日				
	上記に係る子の 出産予定日 (又は生年月日)	平成 ・ 令和 年 月 日			多胎妊娠(双子等)の有無 (右欄に○を記入)			有		無		
	労働基準法(昭和22年法律第49号)第65条第1項及び第2項、神戸市職員の勤務時間、休暇に関する条例(平成6年条例第31号)第12条、神戸市職員の勤務時間、休暇等に関する条例の施行規則(平成6年人委規則第7号)第12条及び13条の規定(派遣職員の方は、労働基準法第65条第1項及び第2項、派遣先団体の就業規則)により産前産後休業の承認を受けましたので、上記のとおり共済組合掛金の免除を申し出るとともに、当該掛金免除に必要な個人情報について、神戸市へ照会されることを承諾します。 神戸市職員共済組合理事長 宛 令和 年 月 日 (郵便番号 -) 住所 申出者 氏名 電話() -											
所属確認欄	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 補職名 氏名 担当者: 電話:											

共済組合受付印	《提出にあたっての注意事項》
	1 太線の枠内を記入し、所属で確認を受けてから提出してください。 2 産前産後期間とは、地方公務員等共済組合法第114条の2の2第1項に規定する出産日(出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合98日)から出産日後56日までの期間をいいます。(産前休暇の期間(出産予定日以前56日)とは異なります。) 3 「公益的法人等への一般職の地方公務員の派遣等に関する法律」第2条第1項または第10条第1項による派遣職員の方は、「所属」を「派遣先団体」と読み替えてください。 4 掛金免除期間は、産前産後休業開始日の属する月から産前産後休業終了日の翌日の属する月の前月までとなります。 5 母子手帳や医師の診断書等、組合員氏名及び出産予定日の確認ができるもの(写し)を添付してください。 (出産日後の場合は、医師又は助産師が発行した出生証明書もしくは市町村が発行した戸籍謄本(抄本)(写し)) 6 多胎妊娠(双子等)に該当する場合は、「多胎妊娠(双子等)の有無」欄の有に○を、そうでない場合は、無に○を記入してください。

産前産後休業期間掛金免除変更申出書

神戸市職員共済組合

請求者が記入するところ	所属コード				所属の名称							
	組合員の 記号・番号	記号	番号									
	フリガナ						生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日	
	組合員氏名											
	産前産後期間 (掛金免除の対象期間)	(開始日) 平成・令和 年 月 日					(終了日) 平成・令和 年 月 日					
	変更後の 産前産後期間 (掛金免除の対象期間)	(開始日) 平成・令和 年 月 日					(終了日) 平成・令和 年 月 日					
	上記に係る子の 出生年月日	平成 ・ 令和	年	月	日	多胎妊娠(双子等)の有無 (右欄に○を記入)		有	無			
	労働基準法(昭和22年法律第49号)第65条第1項及び第2項、神戸市職員の勤務時間、休暇に関する条例(平成6年条例第31号)第12条、神戸市職員の勤務時間、休暇等に関する条例の施行規則(平成6年人委規則第7号)第12条及び13条の規定(派遣職員の方は、労働基準法第65条第1項及び第2項、派遣先団体の就業規則)により産前産後休業の承認を受けましたので、上記のとおり共済組合掛金の免除を申し出るとともに、当該掛金免除に必要な個人情報について、神戸市へ照会されることを承諾します。											
	神戸市職員共済組合理事長 宛 令和 年 月 日 (郵便番号 -) 住所 申出者 電話() - 氏名											
	所属確認欄	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 補職名 氏名 担当者: 電話:												

共済組合受付印

《提出にあたっての注意事項》

- 太線の枠内を記入し、所属で確認を受けてから提出してください。
- 産前産後期間とは、地方公務員等共済組合法第114条の2の2第1項に規定する出産日(出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合98日)から出産日後56日までの期間をいいます。(産前休暇の期間(出産予定日以前56日)とは異なります。)
- 「公益的法人等への一般職の地方公務員の派遣等に関する法律」第2条第1項または第10条第1項による派遣職員の方は、「所属」を「派遣先団体」と読み替えてください。
- 掛金免除期間は、産前産後休業開始日の属する月から産前産後休業終了日の翌日の属する月の前月までとなります。
- 母子手帳や医師の診断書等、組合員氏名及び出産予定日の確認ができるもの(写し)を添付してください。
産後休業期間に係る変更の場合は、医師又は助産師が発行した出生証明書もしくは市町村が発行した戸籍謄本(抄本)(写し)を添付してください。
- 多胎妊娠(双子等)の場合は、多胎妊娠(双子等)の有無欄の有に○を、お一人の場合は無に○を記入してください。

育児休業期間掛金免除申出書

神戸市職員共済組合

組合員が記入するところ	所属コード					所属の名称								
	組合員の 記号・番号	記号		番号										
	フリガナ						生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日	性別	男・女	
	組合員氏名													
	フリガナ						生年月日	平成 ・ 令和	年	月	日	性別	男・女	
	養育する子の氏名													
	育児休業期間	(初日) 平成・令和 年 月 日					(末日) 平成・令和 年 月 日							
	育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号）第2条第1号、同法第23条第1項又は地方公務員の育児休業等に関する法律（平成3年法律第110号）第2条第1項の規定により育児休業の承認を受けましたので、上記のとおり共済組合掛金の免除を申し出るとともに、当該掛金免除に必要な個人情報について、神戸市へ照会されることを承諾します。													
	神戸市職員共済組合理事長 宛 令和 年 月 日 (郵便番号 -)													
	住所 申出者 氏名 電話() -													
所属確認欄	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 補職名 氏名 担当者: 電話:													

- 《提出にあたっての注意事項》
- 1 太線の枠内を記入し、所属で確認を受けてから提出してください。
 - 2 育児休業期間の初日及び末日は、育児休業の承認を受けた期間を記入してください。
 - 3 「公益的法人等への一般職の地方公務員の派遣等に関する法律」第2条第1項又は第10条第1項による派遣職員の方は、「所属」を「派遣先団体」と読み替えてください。
 - 4 掛金免除期間は、育児休業開始日の属する月から育児休業終了日の翌日（復職日）の属する月の前月までの分となります。

共済組合受付印

育児休業期間掛金免除変更申出書

神戸市職員共済組合

組合員が記入するところ	所属コード					所属の名称								
	組合員の 記号・番号	記号		番号										
	フリガナ							昭和・平成	年	月	日	性別	男・女	
	組合員氏名													
	変更前の 育児休業等期間	(初日) 平成・令和 年 月 日						(末日) 平成・令和 年 月 日						
	変更後の 育児休業等期間	(初日) 平成・令和 年 月 日						(末日) 平成・令和 年 月 日						
	育児休業等に係る 子の氏名及び生年月日								平成・令和 年 月 日					
	育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号）第2条第1号、同法第23条第1項又は地方公務員の育児休業等に関する法律（平成3年法律第110号）第2条第1項の規定により育児休業の承認を受けましたので、上記のとおり共済組合掛金の免除を申し出るとともに、当該掛金免除に必要な個人情報について、神戸市へ照会されることを承諾します。													
	神戸市職員共済組合理事長 宛 令和 年 月 日 (郵便番号 -)													
	住所 申出者 電話() - 氏名													
所属確認欄	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 補職名 氏名 担当者: 電話:													

《提出にあたっての注意事項》

- 1 太線の枠内を記入し、所属で確認を受けてから提出してください。
- 2 育児休業期間の初日及び末日は、育児休業の承認を受けた期間を記入してください。
- 3 「公益的法人等への一般職の地方公務員の派遣等に関する法律」第2条第1項又は第10条第1項による派遣職員の方は、「所属」を「派遣先団体」と読み替えてください。
- 4 掛金免除期間は、育児休業開始日の属する月から育児休業終了日の翌日（復職日）の属する月の前月までの分となります。

共済組合受付印

育児休業等終了時報酬月額改定申出書

神戸市職員共済組合

組合員が記入するところ	所属コード								所属名					
	組合員 記号・番号		記号		番号						育児休業等 終了前の 標準報酬月額	等級 円		
	フリガナ										生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日		
	組合員氏名													
	フリガナ										生年月日	令和 年 月 日		
	養育する 子の氏名													
	育児休業期間		(初日) 令和 年 月 日				(末日) 令和 年 月 日							
	地方公務員等共済組合法第43条第12項の規定により、育児休業等終了日の翌日が属する月以後3か月間に受けた報酬の総額をその期間の月数で除して得た額を報酬月額として、標準報酬を改定することの希望を申し上げます。													
	神戸市職員共済組合理事長 宛 (郵便番号 -) 住所 電話() - 申出者 氏名													
	☐ 算定の結果、標準報酬月額が上がる場合は、この申出を取り下げます。 (※ 取下げを希望する場合のみ、上記にチェックしてください。)													
所属確認欄	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 また、上記の記載事項について誤りがないか申出者に確認したことを報告します。													
	所属所長 補職名 氏 名 担当者: 電話:													

- 《提出にあたっての注意事項》
- 上記の太線の枠内を記入し、所属で確認を受け、復職日の翌月末までに提出してください。
 - 育児休業期間の初日及び末日は、育児休業の承認を受けた期間を記入してください。
 - 育児休業終了日の翌日に産前産後特別休暇を取得している場合、または復職日にその養育する子が3歳以上である場合は、「育児休業等終了時報酬月額改定」を申し出ることができません。
 - 「育児休業等終了日の翌日が属する月以後3か月間」とは育児休業等終了日の翌日において継続して組合員であった期間に限ります。
 - 「公益的法人等への一般職の地方公務員の派遣等に関する法律」第2条第1項または第10条第1項による派遣職員の方は、「所属」を「派遣先団体」と読み替えてください。
 - 標準報酬月額は掛金、給付（育児休業手当金や年金等）の算定の基礎となるものです。再び育児休業を予定している場合等において、育児休業手当金等の算定基礎が改定後の標準報酬月額となる場合は、申出により等級を下げる改定を行うと、手当金の給付額も下がりますのでご注意ください。

共済組合受付印

育児休業手当金 請求書

神戸市職員共済組合

組合員（請求者）が記入するところ	組 合 員 記 号 ・ 番 号	記号 番号	所 属	電 話			
	組合員の氏名	(フリガナ)					
	育児休業に係る子の生年月日		令和 年 月 日				
	育 児 休 業 の 初 日 ・ 末 日		(初日) 令和 年 月 日		(末日) 令和 年 月 日		
	育児休業手当金の請求期間		(初日) 令和 年 月 日		(末日) 令和 年 月 日		
	配 偶 者 が 育 児 休 業 を 取 得 す る 場 合 の み 記 入	配 偶 者 の 氏 名		配偶者の職員番号 (本市職員の場合)			
		産後パパ育休取得期間 (出生後8週以内)	1 回目(初日) 令和 年 月 日		(末日) 令和 年 月 日		
			2 回目(初日) 令和 年 月 日		(末日) 令和 年 月 日		
		配偶者の育児休業期間	1 回目(初日) 令和 年 月 日		(末日) 令和 年 月 日		
	2 回目(初日) 令和 年 月 日		(末日) 令和 年 月 日				
標準報酬月額	等級 円						
休業中の報酬の支給	1 あり (別添証明書のとおり) 2 なし						
上記のとおり請求するとともに、貴組合が当該給付に必要な個人情報に関して神戸市に照会することを承諾します。 神戸市職員共済組合理事長 宛 令和 年 月 日 住所 (郵便番号 -) 組合員(請求者)の 氏名 電話() -							
所 属 確 認 欄	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 補職名 所属所長 氏 名						

《提出にあたっての注意事項》

- 1 請求者は、太線の枠内を記入し、所属で確認を受けてから提出してください。
- 2 「パパママ育休プラス※」に該当する場合には、配偶者の育児休業の期間がわかるものを添付してください。
※要件を満たす場合に、育児休業手当金の支給期間が、子が1歳2か月に達する日までに延長される制度。要件については事前にホームページをご確認ください。
- 3 「公益的法人等への一般職の地方公務員の派遣等に関する法律」第2条第1項又は第10条第1項による派遣職員の方は、「所属」を「派遣先団体」と読み替えてください。
- 4 給付金は共済組合に登録済みの組合員名義の口座に振り込みます。登録口座を変更したい場合は「給付金振込口座届」（様式3-11）の手続きもおこなってください。

共済組合受付印	共 済 組 合 事 務 処 理 欄				
	☐ パパママ育休プラス制度に該当 令和 年 月 日まで支給延長	次長	係長	係	係
	上記申請のとおり決定する		令和 年 月 日		