

被扶養者異動報告書

所 属 所 名	〇〇〇市		会 員 番 号	〇〇〇 第 59001 号	
ふりがな	えひめ たろう		生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日	
会 員 氏 名	愛 媛 太 郎				
被 扶 養 者 名					
ふりがな	性 別	続 柄	生 年 月 日	異 動 事 由	異動年月日
氏 名					
えひめ はなこ	男・女	妻	S 〇 ・ 〇 ・ 〇	認定・取消	R 〇 ・ 〇 ・ 〇
愛媛 花子					
	男・女		・ ・	認定・取消	・ ・
	男・女		・ ・	認定・取消	・ ・
	男・女		・ ・	認定・取消	・ ・
上記のとおり報告いたします。					
令和 〇 年 〇 月 〇 日					
会 員 氏 名 愛 媛 太 郎					
印					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。					
令和 〇 年 〇 月 〇 日					
職 名 〇〇〇市長					
所 属 所 長 氏 名 〇〇〇 〇〇〇					
一般財団法人愛媛県市町村職員互助会会長 様					
印					

(注) 1 異動事由欄は、被扶養者の認定あるいは取消しを○で囲んでください。
2 愛媛県市町村職員共済組合の組合員あるいは現職会員は提出不要です。