

「その他の会員」の被扶養者の異動  
(認定・取消)を申し出する場合、提出してください。

## 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					
氏名	性別	続柄	生年月日	異動事由	異動年月日
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	女				
	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					
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					

第 号  
04-01-01  
〇〇〇市受付

- (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である現職会員は提出不要です。