

被扶養者判定通知書

組合員証記号番号	—				所属機関名					
組合員氏名				生年月日	年 月 日		標準報酬月額	(千円)		
認定(取消)対象者の氏名	性別	続柄	生年月日	職業	年間所得推計額	現住所 (組合員と別居の場合のみ記入してください。)	扶養手当受給の有無 (担当者記入欄)	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	※ 判定及び理由 (この欄は記入しないでください。)	
									判定	理由
フリガナ			年 月 日		円 千		有・無	年 月 日		
フリガナ			年 月 日	個人番号			有・無	年 月 日		
フリガナ			年 月 日	個人番号			有・無	年 月 日		
フリガナ			年 月 日	個人番号			有・無	年 月 日		
フリガナ			年 月 日	個人番号			有・無	年 月 日		

上記のとおり判定します。

令和 年 月 日

熊本市町村職員共済組合 印

共済組合からの連絡事項欄

この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て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）に熊本市町村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。