

# 被 扶 養 者 申 告 書

被扶養者の要件を備えた日時点で  
収入が給与収入のみであり、  
かつ労働条件内容に基づき年間収  
入を見込む場合は必ずチェック

所属コード <b>99999</b>	組合員番号 <b>00000</b>	組合員氏名 <b>共済 太郎</b>	昭和 平成 令和 組合員生年月日 〇〇年 11月 11日				
認定（取消） を受けようとする者	認定・取消の別 <input checked="" type="radio"/> 認定 <input type="radio"/> 取消	姓 (フリガナ) <b>キョウサイ</b>	名 <b>ハナコ</b>	生年月日 年 月 日 <b>3 〇 〇 1 2 1 2</b>	職業 <b>〇〇スーパー店員 (パートタイ マー)</b>	年間収入推計額 <b>840,000</b> 円 <input checked="" type="checkbox"/> 収入は給与収入のみである	
	性別 コード <b>2</b>	続柄 コード <b>02</b>	(配偶者の場合に記入) 基礎年金番号 <b>9 8 7 6 5 4 3 2 1 0</b>		※認定（取消）年月日	※国年3号該当（非該当）年月日	扶養手当受給の有無 <b>有</b> <input type="radio"/> 無 該当する方に○
	同居 <input type="radio"/> 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居	(別居の場合に記入) 〒 <b>999 - 9999</b> <b>××市××町××-××</b>			住民票上の住所 〒 <b>888 - 8888</b> <b>〇〇市〇〇</b>		
	被扶養者の要件を備え又は、欠けに至った年月日及びその理由						給与事務担当者証明印
	令和 〇〇年 〇月 〇〇日 <b>転職による減収のため</b>						「はい」「いいえ」いずれかにチェック
<p>Q. 被扶養者となる方は、「資格確認書」の交付が必要ですか。 ※交付が必要な場合は、次に該当する場合があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者</li> <li>・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者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者</li> <li>・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者</li> </ul>						<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
上記のとおり申告します。 公立学校共済組合秋田支部長 様 令和〇〇年〇月〇〇日			事実発生日から30日以内に申告してください。超過すると所属所の受付日からの認定となります。			上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和〇〇年〇月〇〇日 〒 000 - 0000 (電話番号) 000 - 000 - 0000	
住所 <b>〇〇市〇〇町〇〇</b> 申告者 <b>キョウサイ タロウ</b> フリガナ <b>共済 太郎</b> 氏名			所属所所在地 <b>〇〇市〇〇町××-××</b> 所属所名 <b>〇〇小学校</b> 所属所長職氏名 <b>校長 〇〇〇〇</b>			職印 	