

被 扶 養 者 申 告 書

所 属 コー ド		組 合 員 番 号		組 合 員 氏 名		組 合 員 生 年 月 日		所 属 所 受 付 印				
99999		00000		共 済 太 郎		昭和 平成 令和 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		姓		名		生 年 月 日		職 業		年 間 収 入 推 計 額	
	認 定		(フリガナ) キョウサイ		ハナコ		年 号 年 月 日		〇〇スーパー店員 (パートタイマー)		840,000 円	
	取 消		共 済		花 子		3 〇 〇 1 2 1 2					
	性 別 コード		続 柄 コード		(配偶者の場合に記入) 基 礎 年 金 番 号		※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	
	2		0 2		9 8 7 6 5 4 3 2 1 0						有 ・ 無 該当する方に○	
	同居・別居の別		現 住 所		住 民 票 上 の 住 所							
	同居		(別居の場合に記入) 〒 999 - 9999		〒 888 - 8888							
	別居		× × 市 × × 町 × × - × ×		〇〇市〇〇							
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												
地方職員共済組合からの転入のため										「はい」「いいえ」いずれかにチェック		
Q. 被扶養者となる方は、「資格確認書」の交付が必要です。 ※交付が必要な場合とは、次に該当する場合に限ります。 ・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 ・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 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者										□はい ☒ いいえ		
上記のとおり申告します。										上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。		
公立学校共済組合秋田支部長 様										令和〇〇年〇月〇〇日		
令和〇〇年〇月〇〇日										〒 000 - 0000 (電話番号) 000 - 000 - 0000		
住 所 〇〇市〇〇町〇〇										所 属 所 所 在 地 〇〇市〇〇町 × × - × ×		
申 告 者 キョウサイ タロウ フリガナ 共 済 太 郎										所 属 所 名 〇〇小学校		
										所 属 所 長 職 氏 名 校長 〇 〇 〇 〇		
										職 印		