

任意継続組合員様式集

令和8年3月改訂

各種手続

- 1 被扶養者を認定・取消するとき
- 2 任意継続組合員を脱退するとき
- 3 その他組合員資格に関する手続き
 - 資格喪失証明書が必要なとき
 - 姓名や住所を変更したとき
 - 資格確認書／資格情報のお知らせを汚損・紛失したとき
 - 給付金の振込口座を変更したいとき
- 4 医療費に関する手続き
 - 入院・手術・高額な投薬治療等で医療費が高額になるとき
 - マイナ保険証又は資格確認書を使用できずに医療費の全額を支払ったとき／
医師が治療上必要と認めた治療用装具を購入した時
 - 福祉医療制度の助成が適用になったとき／更新したとき
- 5 組合員又は被扶養者が死亡したとき

公立学校共済組合秋田支部

(秋田県教育庁福利課内)

〒010-8580 秋田県秋田市山王三丁目1番1号
給付チーム 018(860)5232

●はじめに

この「任意継続組合員様式集」は、各種申請や給付金請求手続きについてまとめたものです。コピーするなどして使用し、提出の際は所属所を通さず福利課へ直接送付してください。なお、様式は秋田支部のホームページからダウンロードすることもできます。

【様式ダウンロード場所】

公立学校共済組合秋田支部ホームページ：<https://www.kouritu.or.jp/akita/>
「公立学校共済組合秋田支部」と検索→トップページ→様式ダウンロード

<目次>

1 被扶養者を認定・取消するとき

様式 1	被扶養者申告書
様式 2	申立書
様式 3	個人番号申告書

2 任意継続組合員を脱退するとき

様式 4	任意継続組合員資格喪失申出書
様式 5	任意継続掛金還付請求書

3 その他組合員資格に関する手続き

- 資格喪失証明書が必要なとき
- 姓名や住所を変更したとき
- 資格確認書／資格情報のお知らせを汚損・紛失したとき
- 給付金の振込口座を変更したいとき

様式 6	資格喪失証明書交付申請書
様式 7	記載事項変更申告書
様式 8	再交付申請書・紛失届書
様式 9	医療費等振込口座登録（変更）申請書
様式 10	公金受取口座登録解除届

4 医療費に関する手続き

- 入院・手術・高額な投薬治療等で医療費が高額になるとき
- マイナ保険証又は資格確認書を使用できずに医療費の全額を支払ったとき／
医師が治療上必要と認めた治療用装具を購入したとき
- 福祉医療制度の助成が適用になったとき／更新したとき

様式 11	限度額適用認定申請書
様式 12	療養費・家族療養費請求書
様式 13	福祉医療制度の助成について（届出）

5 組合員又は被扶養者が死亡したとき

様式 14	埋葬料・埋葬料附加金請求書
-------	---------------

1 被扶養者を認定・取消するとき

(1) 「被扶養者」について

- ・ 組合員が扶養している者のうち、公立学校共済組合の被扶養者として認定されている者は、医療機関を受診した際の窓口負担額の軽減をはじめ、一定の給付等を受けることができます。
- ・ 被扶養者としての認定要件を満たす者について共済組合へ申告を行うことにより、共済組合の被扶養者となります。

(2) 被扶養者として認められる場合

- ・ 被扶養者は、組合員と一定の身分関係にあり、主として組合員の収入によって生計を維持している者でなければなりません。

ア 主として組合員の収入により生計を維持する者で次に掲げる者

- (ア) 組合員の配偶者（届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）
- (イ) 子・養子・孫・兄姉及び弟妹
- (ウ) 実父母・養父母・祖父母

※上記の者については、同居していない場合においても認定することができます。

イ 主として組合員の収入により生計を維持し、かつ組合員と同一世帯に属する者で次に掲げる者

- (ア) 三親等以内の親族で(1)以外の者
（組合員の伯（叔）父母・甥・姪・配偶者の父母等。別表「被扶養者の範囲」参照）
- (イ) 組合員と事実上の婚姻関係にある配偶者の父母及び子
（その配偶者死亡後におけるその父母及び子を含む。）

※組合員と同一世帯に属するとは、組合員と生計を共にし、組合員と同居している場合ですが、例外として組合員の転勤等に際して一時的に別居を余儀なくされた場合には、同居していることを要しません。

ウ 日本国内に生活の基礎を有する者として、次に掲げる者

- (ア) 日本国内に住所を有する者
- (イ) 日本国内に住所を有しないが、渡航目的その他の事情を考慮して日本国内に生活の基礎があると認められる、次に掲げる者
 - (a) 外国において留学をする学生
 - (b) 外国に赴任する組合員に同行する者
 - (c) 観光、保養又はボランティア活動その他就労以外の目的で一時的に海外に渡航する者
 - (d) 組合員が外国に赴任している間に当該組合員との身分関係が生じた者であって、(b)に掲げる者と同等と認められる者
 - (e) (a)から(d)までに掲げる者のほか、渡航目的その他の事情を考慮して日本国内に生活の基礎があると認められる者

(3) 被扶養者として認められない場合

- ・ 主として組合員の収入により生計を維持する者であっても、次に該当する場合は被扶養者として認定できません。

ア 組合員が他の者と共同して扶養している場合において、社会通念上その組合員が主たる扶養者でない場合

イ 年額 130 万円以上又は月額 108,334 円以上の所得がある場合

※詳細は「(4)所得の考え方」をご確認ください。

(ア) 60 歳以上の者又は公的年金等のうち障害を支給事由とする給付の受給要件に該当する程度の障害を有する者の場合は、年額 180 万円以上又は月額 150,000 円以上。

(イ) 組合員の配偶者を除く 19 歳以上 23 歳未満の者は、年額 150 万円以上又は月額 125,000 円以上。

(ウ) 所得とは、所得税法上の所得をいうものではなく、事由が発生した日から向こう 1 年間の恒常的な収入の総額をいいます。

ウ 海外で就労ビザを取得している等、日本での居住実態がないと認められる場合

(4) 所得の考え方

- ・ 共済組合における所得とは、所得税法上の所得をいうものではなく、年間における次にあげる恒常的な収入の総額をいいます。
- ・ 年間における恒常的な収入とは、暦年でいう 1 月から 12 月までの収入額をいうのではなく、**事由が発生した日から向こう 1 年間の収入額**となります。

所得の認定基準額一覧

	右欄以外	・ 60 歳以上の者 ・ 障害を支給事由とする公的年金の受給要件に該当する程度の障害を有する者	【R7.10.1～】 19 歳以上 23 歳未満で、配偶者以外の者
①認定基準年額 個人年金・恩給 事業所得・不動産所得等	年額 130 万円未満	年額 180 万円未満	年額 150 万円未満
②認定基準日額 失業給付、傷病手当金等	日額 3,612 円未満	日額 5,000 円未満	日額 4,167 円未満
③認定基準月額 給料 等	月額 108,334 円未満	月額 150,000 円未満	月額 125,000 円未満

ア 給与所得

(ア) 年間における恒常的な給与収入の総額をいいます。

(イ) 雇用された時点で年間の所得額が上記一覧の認定基準額を満たしていれば扶養認定できます。なお、この認定基準額は公的年金等を含むすべての収入の合計金額です。

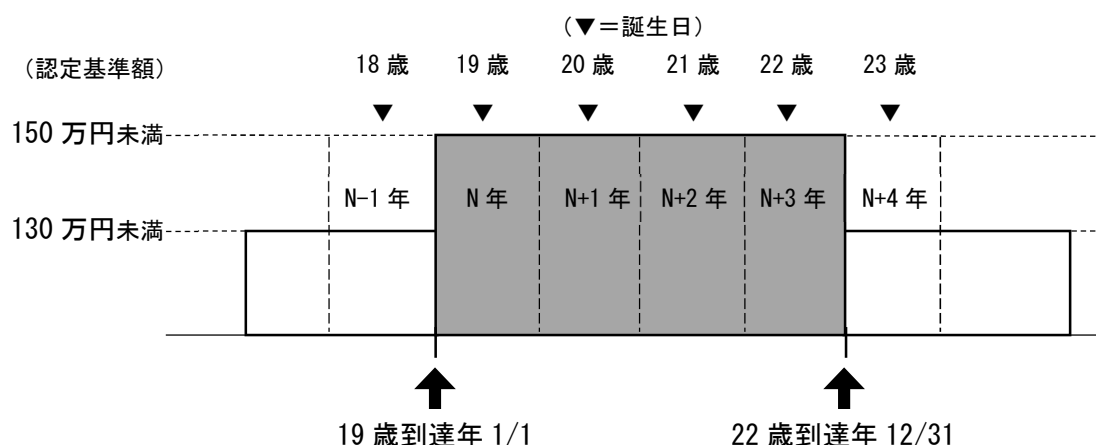
【19歳以上23歳未満の被扶養者について】※令和7年10月1日～

- 19歳以上23歳未満の配偶者を除く被扶養者については年間の所得額が150万円未満及び1か月の所得額が125,000円未満（150万円÷12月）未満になることが明らかな場合は認定できません。
- 学生でない者や、組合員の子以外の者（弟妹や孫等）も対象です。
- 23歳未満で、障害を支給事由とする公的年金を受給している者の認定基準年額は引き続き180万円未満です。
- 年齢はその年の12月31日現在の年齢で判定します。認定基準年額が150万円未満となるのは、19歳に到達する年の1月1日から22歳に到達する年の12月31日までです。詳しくは下図をご覧ください。

※民法の規定上、年齢は誕生日の前日に加算されるため、1月1日生まれの者は12月31日において年齢が加算されることにご留意ください。

（例）令和8年中に認定基準年額が150万円未満となるのは、平成16年1月2日～平成20年1月1日生まれの者。

- 18歳に到達する年の年間の所得額（確定申告で所得が確定した場合も含む。）が130万円以上150万円未満の場合は、19歳に到達する年の1月1日を事実発生日として扶養認定が可能です。



- 19歳の誕生日を迎える年をN年とした場合、18歳に到達する年（N-1年）の12月31日までににおける認定基準額は130万円未満。
- 19歳に到達する年（N年）の1月1日から、22歳に到達する年（N+3年）の12月31日までの間における認定基準額は150万円未満。
- 23歳に到達する年（N+4年）の1月1日以降、60歳に達するまでの間の認定基準額は130万円未満。

【収入が給与収入のみである者の所得の取扱いについて】※令和8年4月1日～

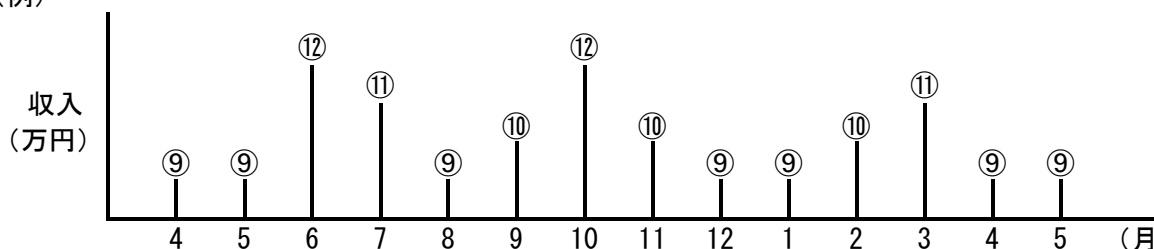
- 給与収入以外の収入が見込まれず、かつ、労働条件通知書等で定められた年間収入が認定基準年額未満であることが明らかである場合は被扶養者に該当する者とします。
- 当初想定されなかった臨時収入（残業代等）により、結果として給与収入が認定基準年額を上回った場合でも、当該臨時収入が社会通念上妥当である範囲に留まる場合は、被扶養者として継続して認定できます。
- 上記の取扱いについては令和8年3月初旬時点で詳細が明らかになっておらず、今後取扱いが変更となる場合があります。内容が明らかになりましたら、秋田支部のホームページ等でお知らせします。もし該当する方を新規認定する場合は、当支部あてにご連絡ください。

(ウ) 月額所得が変動する場合において、認定基準月額以上にならないことが恒常的と見込まれるとき、一時的に認定基準月額以上であっても、認定基準年額以上となるまでの間は認定できません。

ただし、月の所得額が3か月連続して認定基準月額以上となる場合などは認定できません。
月の所得額が3か月連続して認定基準月額以上となった場合は、3か月目の給与支給日の翌日で認定取消となります。

また、認定取消後は、著しく異なる事情により恒常的に認定基準月額未満であることが確実に認められるときに再び認定できます。

(例)



この例の場合、月額所得が変動するが、認定基準月額以上にならないことが恒常的と見込まれ、認定基準月額以上の月(6月)から向こう一年間の所得が121万円(認定基準年額未満)なので認定できます。

なお、変動する月額所得と併せて年金を受給していて、年金額を月額に換算した金額(年金額÷12月)と所得の月額の合計が3か月連続で認定基準月額(15万円)以上となる場合は認定できません。

(例) 年金額120万円で給与所得(月ごとに変動あり)のある者

年金(月額換算) 120万円 ÷ 12月 = 10万円(月額)

給与支給月	給与	年金(月額換算) + 給与
4月	4万円	14万円
5月	6万円	16万円
6月	7万円	17万円
7月	6万円	16万円

この例の場合、年金を月額換算した金額と給与の月額の合計が、3か月連続で認定基準月額(15万円)以上となるため、7月の給与支給日の翌日で認定取消。

(エ) 雇用期間が3か月以下の期間であることが明らかである場合は、1か月の所得額が認定基準月額以上であっても認定基準年額未満の間は認定できます。

ただし、所得額が認定基準月額以上で雇用期間が引き続き延長され3か月を越えることが明らかになった場合は、その時点で認定取消となります。

(オ) 実績額と見込額が異なる場合には、遡って認定取消になる場合があります。

イ 年金所得

(ア) 年間における年金の総額をいいます。

(イ) 年金とは、国民年金・厚生年金・共済年金・障害年金・遺族年金・恩給・扶助料・農業者年金等の公的年金等及び企業年金・私的年金等の個人年金を指し、課税・非課税を問いません。

ウ 事業・不動産及び農業所得

- (ア) 年間における営業収入、土地及び建物の貸付収入、農産物売渡収入等の総額をいいます。
- (イ) ただし、確定申告書及び収支内訳書により、社会通念上明らかに当該所得を得るために必要と認められる経費（所得税法上認められている経費とは異なります。）がある場合は、総収入額からその必要と認められる経費を控除した後の額をいいます。
- (ウ) 必要と認められる経費は、事業内容等により異なります。該当者がいる場合、必要と認められる経費について不明なときは共済組合に確認してください。

所得額の考え方の注意事項

- ・ 通勤手当は、所得に含めて取り扱います。
- ・ 認定されている被扶養者が給与所得者（パート・アルバイト等を含む。）の場合、毎月の所得額の確認をしてください。認定基準月額以上の所得がある場合、認定取消になることがあります。
- ・ 給与所得が3か月連続で認定基準額以上となった場合、3か月目の給与支給日の翌日で認定取消です。
- ・ 退職手当金は一時的な所得とします。
- ・ 雇用保険法による特例一時金及び高年齢求職者給付金は一時的な所得とします。
- ・ 雇用保険法による失業給付等の待機期間及び給付制限期間は失業等給付の支給を受けていないので認定できません。
- ・ 雇用保険の基本手当の日額が認定基準日額以上の場合は、基本手当の給付日数にかかわらず受給期間中は被扶養者として認定できません。その期間については国民健康保険に加入してください。
- ・ 不動産売却により一時的に所得があっても恒常的な所得とは見なしません。ただし、それを銀行等に預金し利子が発生した場合（利子所得）は恒常的な所得と見なします。
- ・ 育児休業手当金や傷病手当金又は労働災害等による休業補償は恒常的な所得と見なします。ただし、出産手当金については、恒常的な所得と見なしません。
- ・ 事業・不動産及び農業所得のある者を被扶養者として認定している場合は、毎年確定申告が終了した時点で、確定申告書及び収支内訳書で経費等の確認をしてください。認定取消になることがあります。
- ・ 組合員の父母等が農耕に従事しているが、その農業所得は組合員名義となっている場合は、名義上の所得の帰属にかかわらず父母等の所得と見なします。

(5) 新規認定を受けるとき

- 新たに被扶養者としての要件を満たした者が生じた場合は、要件を満たした日から 30 日以内に認定申告の手続きを済ませてください。
- 共済組合の受理日が要件を満たした日から 30 日以内であれば要件を満たした日に遡って認定されますが、30 日を経過した場合は共済組合の受理日が認定日となります。

<認定時の提出書類>

様式 1「被扶養者申告書」に次に掲げる書類を添付してください。

なお、①申立書（**様式 2**）については、扶養の実態を詳しく記入してください。場合によっては他の書類を求めることがあります。

提出書類		① 申立書	② 所得を証明する書類 ※ 1	③ 戸籍謄本	④ 個人番号申告書	⑤ 同一世帯全員の住民票 (同居要件者のみ) ※ 2	⑥ 居住実態を確認する書類 ※ 3	⑦ 在学証明書	⑧ 最新の年金改定通知書 又は年金証書 ※ 4	⑨ 認定対象者の配偶者に係る 所得証明書、及び年金に 関する証明書 ※ 5	⑩ 他に扶養義務者がいる場合は、 その者が扶養できない旨の 申立書(子を扶養する場合は不要)	⑪ 夫婦共働きの場合は、 双方の前年度収入に関する 証明書	⑫ 送金予定表(別居の場合)※ 6
(1) 配偶者		○	○	○	○		写		写				
(2) 子・孫 兄・姉 弟・妹	大学・大学院・専修学校・各 種学校・高校・予備校の学生 ・生徒で収入のない者	○		○	○		写	○			○	○	
	聴講生・研究生・留学生及び イ 定時制・通信制・夜間課程の 学生・生徒で収入のない者	○	○	○	○		写				○	○	○
	ウ ア、イ以外の収入のない者	○	○	○	○		写				○	○	○
	エ 収入のある者	○	○	○	○		写		写		○	○	○
(3) 父母・ 祖父母	ア 収入のない者	○	○	○	○		写			写	○	○	○
	イ 収入のある者	○	○	○	○		写		写	写	○	○	○
(4)	(2)(3)以外の同一世帯にある 三親等以内の親族で収入のない者	○	○	○	○	○	写	○		写	○	○	
(5)	(4)で収入のある者	○	○	○	○	○	写	○	写	写	○	○	
様式集		有	—	—	有	—	—	—	—	—	—	—	—

※「写」はコピーなどの写しで差し支えないものです。

※1 市区町村が発行する「**所得証明書**」をご提出ください。

次の(ア)～(オ)に該当する者の認定には、次の書類が追加で必要となります。

(ア) 給与所得がある者 ※パート・アルバイト等含む	勤務先からの「給与支払見込証明書」 ※収入が給与収入のみでかつ労働条件通知書等で年間収入（労働時間数や日数、給料・諸手当をもとに算出したもの）が認定基準額未満であることが明らかであれば、労働条件通知書等の写しでも可。 ※シフト制等で労働時間数や日数が明確に定められていない場合は、収入が給与収入のみの場合でも「給与支払見込証明書」が必要。
(イ) 事業・不動産及び農業所得がある者	「確定申告書（控）」の写し及び 「収支内訳書」の写し
(ウ) 事業を廃業した者	「個人事業の廃業等の届出書（税務署の受理印があるもの）」の写し
(エ) 公務員を退職した者	「退職辞令」の写し
(オ) 公務員以外（民間会社等）で退職した者	
a 雇用保険に加入していた者	
(a) 待機期間中 給付制限期間を含む。	「離職票 1 及び 2」の写し又は「雇用保険受給資格者証」の写し
(b) 失業等給付受給期間中	「雇用保険受給資格者証」の写し
(c) 失業等給付受給期間終了後	「雇用保険受給資格者証」の写し
(d) 離職票の交付を希望しないとき	「雇用保険被保険者資格喪失確認通知書」の写し (注) 離職票等に個人番号が記載されている場合は、個人番号を確認できない状態にしてから写しを取ってください。
b 雇用保険に未加入の者	「退職証明書」 ※雇用保険未加入であった旨の証明があるもの。

※2 同居要件者とは、血族2親等以外の者です（例：伯(叔)父母・甥・姪・配偶者の父母等）。

※3 日本国内に住所を有しない場合に、次の書類が必要となります。

(ア) 外国において留学をする学生	査証、学生証、在学証明書、 入学証明書等の写し
(イ) 外国に赴任する組合員に同行する者	査証、海外赴任辞令、 海外の公的機関が発行する居住証明書等の写し
(ウ) 観光、保養又はボランティア活動その他就労以外の目的で一時的に渡航する者	査証、ボランティア派遣期間の証明、 ボランティアの参加同意書等の写し
(エ) 組合員が外国に赴任している間に当該組合員との身分関係が生じた者であって、 (イ)に掲げる者と同等と認められる者	出生や婚姻等を証明する書類等の写し
(オ) (ア)から(エ)までに掲げる者のほか、渡航目的その他の事情を考慮して日本国内に生活の基礎があると認められる者	個別に判断

※4 年金に関する証明書は次の書類をご提出ください。

(ア) 年金の裁定等で受給額が決定した場合	「決定（裁定）通知書」の写し
(イ) 年金額の改定があった場合	最新の「改定通知書」の写し

※5 認定対象者の配偶者が既に被扶養者として認定されている場合は不要です。

※6 別居している者については、一定額以上の送金をしている場合に認定できることがあります。様式は当共済組合からお送りしますので、必要な場合はお問い合わせください。

(6) 認定を取り消すとき

【要注意！】認定取消となる事例

- ・ 就職した
- ・ 収入の月額が3か月連続で認定基準月額を超えた
- ・ 年金の受給が始まった
- ・ 年金が改定となり、総収入が180万円以上となった
- ・ 雇用保険の失業給付の受給が始まった

- ・ 被扶養者としての要件を欠いた場合、遅滞なく取消の手続きをしてください。
- ・ 被扶養者の要件を欠いた日以後に給付を受けた（診療を受ける等）ときは、給付相当額（医療費等）を返還しなければなりませんので、取消は速やかに申告してください。

<取消時の提出書類>

様式1 「被扶養者申告書」に次に掲げる書類を添付してください。

ア 就職に伴い、健康保険等の資格を取得した場合	資格取得日が確認できる書類の写し (例) 資格情報のお知らせ、資格確認書、採用辞令、雇用条件通知書等 ※国民健康保険に加入の場合は「イ」に該当。
イ 就職等に伴い、認定基準額を超過した場合	「給与支払見込証明書」又は「辞令」の写し等 給料額が分かるもの
ウ その他の認定基準額超過による取消	
(ア) 雇用保険の失業等給付	「確定申告書(控)」及び「収支内訳書」の写し
(イ) 事業、不動産及び農業所得	「確定申告書(控)」及び「収支内訳書」の写し
(ウ) 年金、恩給及び扶助料所得	「改定通知書」の写し(新・旧) 新規受給者は「年金証書」の写し
(エ) その他所得	所得の増額がわかるもの
エ 結婚	「戸籍抄本」
オ 扶養替	・ 夫婦双方の「所得証明書等」の写し ・ 扶養できない旨の申立書又は組合員以外の者が主たる扶養者になったことのわかるもの
カ 死亡	「家族埋葬料請求書」で確認するので添付書類不要
キ 別居	「住民票」
ク 離婚	「戸籍謄本」
ケ その他の事由	取り消し事由及び発生日のわかるもの

※ 取り消しされた被扶養者が70歳以上75歳未満の者で、「高齢受給者証」をお持ちの場合はご返却ください。

※ 被扶養者が75歳になったときは、後期高齢者医療制度の被保険者となります。「被扶養者申告書」の提出は不要です。「資格確認書」や「高齢受給者証」をお持ちの場合はご返却ください。

被扶養者の認定を取り消すときの注意事項

- ・ 組合員の被扶養者である同居を要する親族（甥・姪等）が、大学等に在学するため組合員と別居を余儀なくされ、勉学に必要な生活費や教育費を組合員が負担し、主として組合員の収入により生計を維持している場合であっても、組合員の転勤等、組合員自身の勤務の都合上別居を余儀なくされた場合を除き、被扶養者として認定することはできません。
したがって、別居の日から認定取消となります。
- ・ 離婚による被扶養者の取消日は、協議離婚等の届出を行った日の翌日とします。
- ・ 事業所得が認定基準年額以上であることが確認されたときの認定取消日は、当該確定申告を行った日（税務署等に確定申告書を提出した日。e-taxにより申告した場合はデータを送信した日、郵送の場合は郵送日。）とします。
- ・ 被扶養者として認定されている者が事業をはじめ、明らかに認定基準年額以上の所得が見込まれる場合の取消日は開業届出日とし、「開業届出書」により確認します。
ただし、所得の推測が困難な場合は、翌年の確定申告により判断し、認定基準年額以上の場合の取消日は、確定申告を行った日とします。
- ・ 被扶養者として認定されていた者が、年金受給により認定基準額を超えることとなった場合の取消日について次のとおりです。

年金受給の状況	取消日
65歳から新たに年金を受給することになった時	支払開始月の初日
年金受給開始時（65歳からの年金以外） 年金額改定時 障害年金の受給開始時 繰上げ・繰下げによる年金受給開始時	年金受給者が証書・改定通知を受領した日
個人年金受給開始	支払開始日

【19歳以上23歳未満の被扶養者について】※令和7年10月1日～

- ・ 22歳に到達する年の年間の所得額（確定申告で所得が確定した場合も含む。）が130万円以上150万円未満の場合は、翌年（23歳到達年）の1月1日で認定取消です。
※ただし、翌年（23歳到達年）1月1日から将来にわたって1年間の所得額が130万円未満であることが明らかな場合は継続して扶養認定が可能です。

(7) 認定要件の確認について

- ・ 被扶養者の要件を満たしているかどうか、年に1度確認を行います。
- ・ 支部より別途ご案内しますので、必要な確認書類をご準備のうえ、ご提出ください。
- ・ なお、当年度内に新たに認定された被扶養者の方は確認の対象外です。

* 処理コード表 * (各種届出に用いるコードです。)

▼ 性別

コード	性別
1	男
2	女

▼ 年号

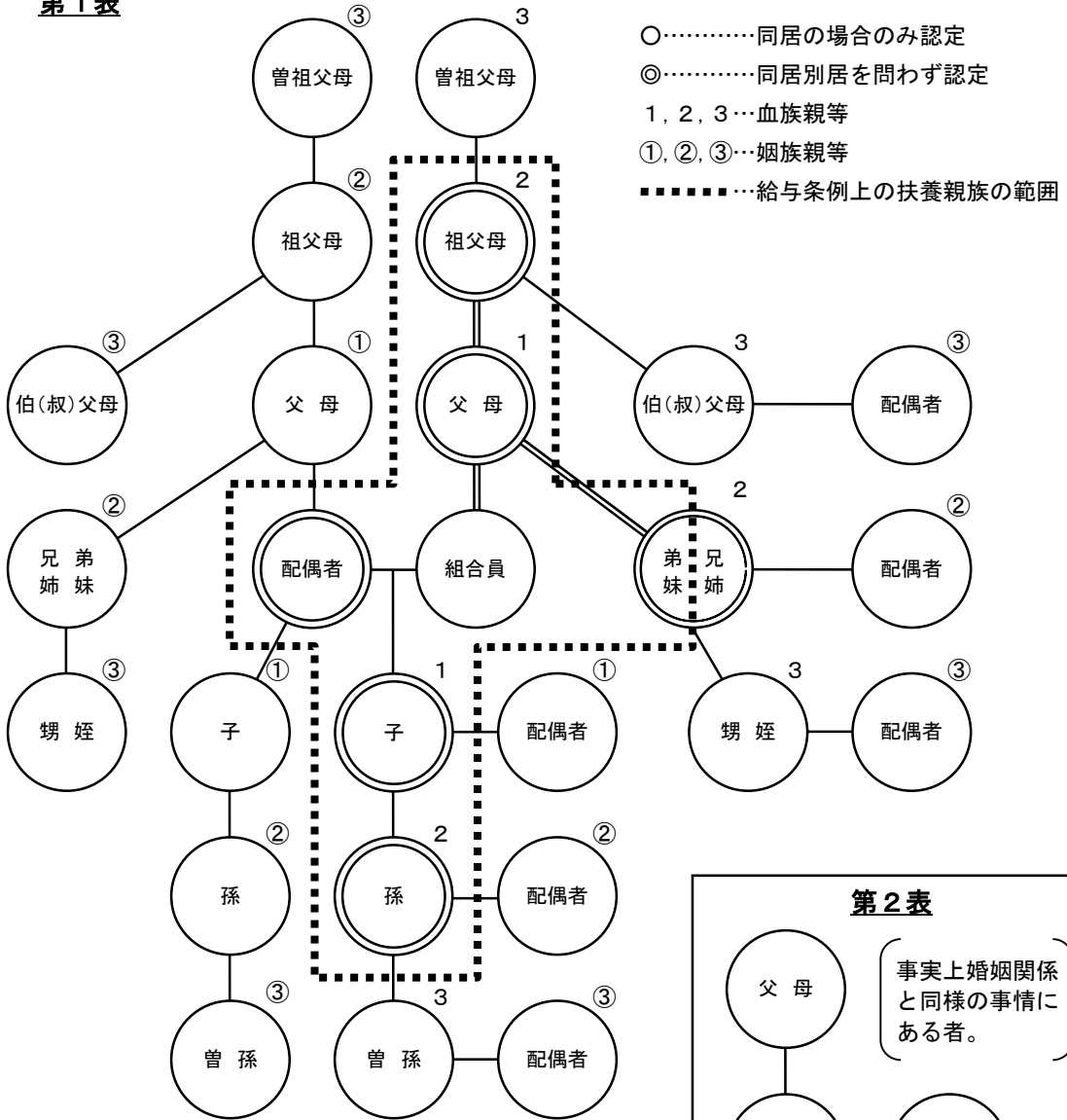
コード	年号
1	明治
2	大正
3	昭和
4	平成
5	令和

▼ 続柄

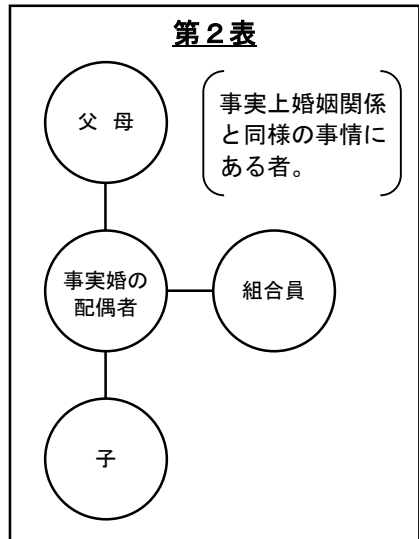
コード	続柄	コード	続柄	コード	続柄
00	本人	31	父	71	曾祖父
01	夫	32	養父	72	伯父・叔父
02	妻	33	義父	73	甥
10	配偶者の子	41	母	74	義曾祖父
11	長男	42	養母	75	義伯父・義叔父
12	二男	43	義母	76	義甥
13	三男	51	兄	77	曾孫
14	四男	52	弟	81	曾祖母
15	五男	53	祖父	82	伯母・叔母
16	六男	54	義兄	83	姪
17	七男	55	義弟	84	義曾祖母
18	八男	56	義祖父	85	義伯母・義叔母
19	九男以上	57	孫	86	義姪
20	養子	61	姉	87	配偶者の曾孫
21	長女	62	妹	90	子の配偶者
22	二女	63	祖母	91	孫の配偶者
23	三女	64	義姉	92	兄弟姉妹の配偶者
24	四女	65	義妹	93	甥姪の配偶者
25	五女	66	義祖母	94	曾孫の配偶者
26	六女	67	配偶者の孫	95	伯(叔)父の配偶
27	七女			96	伯(叔)母の配偶
28	八女			▼上記に該当しない場合	
29	九女以上			99	その他

被扶養者の範囲 (3親等内の親族)

第1表



第2表



被 扶 養 者 申 告 書

様式 1

所 属 コード	組 合 員 番 号	組 合 員 氏 名	組 合 員 生 年 月 日												
				昭 和 平 成 令 和	年	月	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)		年 号 コ ー ド	年	月	日	円							
	取 消							<input type="checkbox"/> 収入は給与収入のみである							
	性 別	続 柄	(配偶者の場合に記入)			※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			
	コ ー ド	コ ー ド	基 礎 年 金 番 号			年 号 コ ー ド	年	月	日	年 号 コ ー ド	年	月	日	有 ・ 無	
	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) 〒 -					〒 -							
	別 居														
	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										給 与 事 務 担 当 者 証 明 印				
	令和 年 月 日														
<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</p>										<input type="checkbox"/> はい <input 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 年 月 日 住 所 申 告 者 フリガナ 氏 名					上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 〒 - (電話番号) - - 所 属 所 所 在 地 所 属 所 名 所 属 所 長 職 氏 名										

【記入上の注意】

1. 性別・続柄・年号コードは、手引きの処理コード表の該当数字を記入してください。
2. ※欄は記入しないでください。
3. 年間収入推計額は、認定・取消を受けようとする者の恒常的な収入として見込まれる向こう1年間の勤労所得、資産所得、事業所得、その他の所得の推計額を記入してください。
4. 住所については、住民票上の住所と現住所の両方を書いてください。ただし、組合員と同居している場合は現住所の記載は不要です。
5. 扶養事実の発生（消滅）の理由は、具体的に詳しく書いてください。また、日本国内に住所を有しないが、渡航目的その他の事情を考慮して日本国内に生活の基礎があると認められる場合には、その旨を併せて書いてください。

被 扶 養 者 申 告 書

様式 1

所 属 コー ド	組 合 員 番 号	組 合 員 氏 名	組 合 員 生 年 月 日					被扶養者の要件を備えた日時点で 収入が給与収入のみの場合はチェック						
	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						
	(フリガナ)	キョウサイ	ハナコ	年 号 コード	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	<input type="checkbox"/> 収入は給与収入のみである				
	性 別	続 柄	(配偶者の場合に記入)			※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		
	コード	コード	基 礎 年 金 番 号			年 号 コード	年	月	日	年 号 コード	年	月	日	有 ・ 無
	2	0 2	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0		有 ・ 無
	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 × × - × ×					〇〇市〇〇町〇〇-〇〇						
	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										「はい」「いいえ」いずれかにチェック				
離職のため										<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				
<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。</p> <p>※交付が必要な場合とは、次に該当する場合に限ります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 														
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				新規に扶養認定の場合は、事実発生日から30日以内に申告してください。超過すると事実発生日での認定ができません。				の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 〒 - (電話番号) - -						
住 所 〇〇市〇〇町〇〇-				所 在 地										
申 告 者 フリガナ 氏 名				キョウサイ タロウ 共 済 太 郎				所 属 所 名 所属所長職氏名						

【記入例】

申 立 書

公立学校共済組合秋田支部長 様

組合員 (住 所) ○○市 ○○町 ○○-○○
(氏 名) 共 済 太 郎

扶養しなければならない者の氏名、理由及びその程度 (具体的に詳しく記入)

妻 花子は令和○年3月31日まで(株)○○○○に勤務していたが、令和○年3月31日付で退職した。今後再就職の予定は無く、無職無収入となるため、配偶者である私が扶養しなければならない。

給料、年金、事業所得、農業所得等、現在あるすべての所得額について記入してください。

家族構成および他の扶養者 (兄・弟・姉・妹等)

家族・他の扶養義務者	続 柄	生年月日	職 業	勤 務 先	同居 別居 の別	年間総収入額	備 考
共 済 太 郎	本人 (組合員)	S39.11.11	なし			1,500,000円	
花 子	妻	S39.12.12	なし		同居 別居		
		・ ・			同居 別居		
		・ ・			同居 別居		
		・ ・			同居 別居		
		・ ・			同居 別居		
		・ ・			同居 別居		

※被扶養者が年金、恩給、扶助料金等を受給している
場合その種類および年間金額を記入してください。

上記の記載事項は事実と相違ないことを証明する。
令和 年 月 日
所 属 所 名
所属所長職氏名 印

注 1) 年間総収入、勤労収入、資産収入、各種恩給、年金等、その他の収入を記入してください。
2) 扶養の程度および方法は、具体的に詳しく記入してください。
3) 家族構成欄は、本人 (組合員) を含む家族全員について記入してください。

個人番号申告書

様式 3

【個人番号の利用目的について】

当組合は番号法別表第1の24の項に規定する「厚生年金保険法による年金である保険給付若しくは一時金の支給又は保険料その他徴収金の徴収に関する事務」及び39の項に規定する「地方公務員等共済組合法による短期給付若しくは年金である給付の支給若しくは福祉事業の実施又は地方公務員等共済組合法の長期給付等に関する施行法による年金である給付の支給に関する事務」のために個人番号を利用します。

組合員記号番号 ※必須	公立秋	第	号
-------------	-----	---	---

組合員 本人	個人番号 ^{※1}														
	氏名														
	住民票住所	〒 -													
	生年月日	S・H・R			年	月			日						
	性別	男					・	女							

被扶養者 ①	個人番号 ^{※1}															
	氏名															
	生年月日	S・H・R			年	月			日							
	性別	男					・	女								
	組合員との関係(続柄)															

被扶養者 ②	個人番号 ^{※1}															
	氏名															
	生年月日	S・H・R			年	月			日							
	性別	男					・	女								
	組合員との関係(続柄)															

被扶養者 ③	個人番号 ^{※1}															
	氏名															
	生年月日	S・H・R			年	月			日							
	性別	男					・	女								
	組合員との関係(続柄)															

被扶養者 ④	個人番号※1															
	氏名															
	生年月日	S	・	H	・	R	年					月				日
	性別	男					・	女								
	組合員との関係(続柄)															

被扶養者 ⑤	個人番号※1															
	氏名															
	生年月日	S	・	H	・	R	年					月				日
	性別	男					・	女								
	組合員との関係(続柄)															

上記のとおり報告いたします。

公立学校共済組合秋田支部長 様

令和 年 月 日

氏名

上記の記載事項は、本人確認措置を行い、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

〒 電話番号 — —

所属所所在地

所属所名

所属所長職氏名 印

※1:通知カード又は個人番号カードに記載の個人番号(12桁)をご記入ください。

※2:本人確認措置は番号確認と身元確認からなります。

所属所は、個人番号関係事務実施者として組合員に通知カードまたは個人番号カードを提示させ、申告書に記載された個人番号が正しい番号であることの確認をしてください。身元確認は不要です。

被扶養者については、組合員が本人確認措置を行うこととなりますので、通知カード等を提示させる必要はありません。

※3:被扶養者のみの場合は、組合員本人欄は記載する必要はありません。

※4:個人番号の写しは所属には絶対保管しないでください。

【個人番号の利用目的について】

当組合は番号法別表第1の24の項に規定する「厚生年金保険法による年金である保険給付若しくは一時金の支給又は保険料その他徴収金の徴収に関する事務」及び39の項に規定する「地方公務員等共済組合法による短期給付若しくは年金である給付の支給若しくは福祉事業の実施又は地方公務員等共済組合法の長期給付等に関する施行法による年金である給付の支給に関する事務」のために個人番号を利用します。

組合員記号番号 ※必須

公立秋

第 9 9 9 9 9 号

組合員 本人	個人番号※1													
	氏名													
	住民票住所	〒 -												
	生年月日	S・H・R			年			月			日			
	性別	男						女						

被扶養者 ①	個人番号※1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	氏名	共済 花子											
	生年月日	S・H・R			3 9 年			1 2 月			1 2 日		
	性別	男						女					
	組合員との関係(続柄)	妻											

被扶養者 ②	個人番号※1												
	氏名												
	生年月日	S・H・R			年			月			日		
	性別	男						女					
	組合員との関係(続柄)												

被扶養者 ③	個人番号※1												
	氏名												
	生年月日	S・H・R			年			月			日		
	性別	男						女					
	組合員との関係(続柄)												

2 任意継続組合員を脱退するとき

次の(1)(2)に該当する場合は、任意継続期間の満了前に任意継続組合員の資格を喪失する手続きが必要となりますので、速やかに手続きをしてください。

(1) 再就職等により、就職先の健康保険・共済組合に加入した場合

就職先の健康保険や共済組合に加入した場合は、加入日から任意継続組合員の資格を失いますので、速やかに次の書類を提出してください。

<提出書類>

- ・ **様式 4** 任意継続組合員資格喪失申出書
「資格喪失申出理由」欄は「1」を選択。
資格取得年月日及び加入した健康保険者名を記入してください。
- ・ **様式 5** 任意継続掛金還付請求書（前納の掛金に未経過期間に係る分がある場合に限り）
- ・ 掛金納付書本人控（原本）（ ）
- ・ 加入した健康保険の資格取得日が確認できる書類のコピー
（例）資格情報のお知らせ、資格確認書、採用辞令、雇用条件通知書等
- ・ 有効期限内の資格確認書（資格確認書を交付された場合のみ必要）

(2) 国民健康保険に加入又は家族の被扶養者となる場合

国民健康保険に加入又は家族の被扶養者となる場合は、任意継続組合員でなくなることの申し出を共済組合が受理した月の翌月の初日から、任意継続組合員の資格を失います。

申し出が遅れると、資格喪失日が後ろ倒しになることや、前納の掛金がある場合は還付額が減少することがありますので、速やかに次の書類を提出してください。

申出書類を共済組合が受理後、「組合員資格喪失証明書」を発行します。

<提出書類>

- ・ **様式 4** 任意継続組合員資格喪失申出書
「資格喪失申出理由」欄は「2」となります。
- ・ **様式 5** 任意継続掛金還付請求書（前納の掛金に未経過期間に係る分がある場合に限り）
- ・ 掛金納付書本人控（原本）（ ）
- ・ 有効期限内の資格確認書（資格確認書を交付された場合のみ必要）
- ・ **様式 6** 資格喪失証明書交付申請書

任意継続組合員資格喪失申出書

任意継続組合員記号番号	公立秋
退職年月日	令和 年 月 日
<p>地方公務員等共済組合法第144条の2第5項の規定により、任意継続組合員でなくなることを申し出ます。</p> <p>資格喪失申出理由</p> <p>1 他の法律に基づく共済組合員、健康保険の被保険者となる。(第4号)</p> <p>令和 年 月 日からへ加入</p> <p>2 任意継続組合員でなくなることを希望する。(第5号)</p> <p>公立学校共済組合秋田支部長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒 ー ー</p> <p>住所 _____</p> <p>申出者 氏名 _____</p> <p>電話番号 _____</p>	

- 1 前納済みの掛金がある場合は、「任意継続掛金還付請求書」も提出してください。
- 2 申出理由1の場合は、加入した健康保険や共済組合等の資格取得日が分かる書類の写し（資格情報のお知らせや資格確認書等）を添付してください。
- 3 申出理由2の場合は、申し出た月の末日の翌日が資格喪失日となります。

＜記入例＞

任意継続組合員資格喪失申出書

任意継続組合員記号番号	公立秋 99999
退職年月日	令和 7年 3月 31日

地方公務員等共済組合法第144条の2第5項の規定により、任意継続組合員でなくなることを申し出ます。

資格喪失申出理由

就職先の医療保険に加入する場合はこちらに○

1 ① 他の法律に基づく共済組合員、健康保険の被保険者となる。(第4号)

令和 8年 4月 1日から 公立学校共済組合 へ加入

2 任意継続組合員でなくなることを希望する。(第5号)

国民健康保険に加入する場合や家族の被扶養者になる場合はこちらに○

公立学校共済組合秋田支部長 様

令和 8年 3月 31日

令和8年4月1日から任意継続組合員でなくなることを希望する場合
日付は令和8年3月31日

〒000-0000
住 所 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇

申出者 氏 名 共 済 太 郎

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

- 1 前納済みの掛金がある場合は、「任意継続掛金還付請求書」も提出してください。
- 2 申出理由1の場合は、加入した健康保険や共済組合等の資格取得日が分かる書類の写し（資格情報のお知らせや資格確認書等）を添付してください。
- 3 申出理由2の場合は、申し出た月の末日の翌日が資格喪失日となります。

任意継続掛金還付請求書

任意継続組合員 であった者の氏名	共済 太郎	任意継続組合員 記号番号	公立秋 99999
還付請求者 氏名	共済 太郎	任意継続組合員で あった者との続柄	本人
還付の対象となる 前納掛金	短期掛金 介護掛金	この欄は共済で記入しますので、空欄でかまいません。	
還付請求額	短期掛金 介護掛金		
還付請求 の理由	1. 令和 年 月 日 死亡	公金受取口座を <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない	
	② 令和 ○年 8月 1日付け 他の法律に基づく共済組合員又は 健康保険の被保険者となる	請求者名義の金融機関 銀行本支店・普通預金口座番号	
	3. 任意継続組合員でなくなることを 希望する	銀行	支店
		口座番号	
資格喪失年月日	令和 ○ 年 8 月 1 日		
上記のとおり請求します。		マイナポータルに登録している 公金受取口座への振込を希 望する場合は「利用する」を選 択し、すでに共済に届け出て いる口座への振込でよい場合 は「利用しない」を選択してくだ さい。	
公立学校共済組合秋田支部長 様			
令和 ○ 年 7 月 20 日			
郵便番号 000-0000			
住所 ○○市 ○○町 ○○-○			
還付請求者 フリガナ キョウサイ タロウ 氏名 共済 太郎			

※納付書(原本)を添付すること。

3 その他組合員資格に関する手続き

(1) 資格喪失証明書が必要なとき

ご自身が任意継続組合員を脱退する時や、被扶養者の扶養を取消した時等、「資格喪失証明書」が必要な場合は**様式6** 資格喪失証明書交付申請書を郵送もしくはFAXでご提出ください。
なお、発行まで1週間程度要します。

<提出書類>

- ・ **様式6** 資格喪失証明書交付申請書

(2) 姓名や住所を変更したとき

本人又は被扶養者の氏名、住所等の事項に変更があった場合は、次の書類を提出してください。

<提出書類>

- ・ **様式7** 記載事項変更申告書
- ・ 戸籍抄本等（姓名変更の場合）
- ・ 有効期間が切れていない資格確認書
（交付されている場合のみ必要。住所変更のみの場合は提出不要。）

※資格確認書等の裏面に記載いただいている住所については、申告書の提出後、各自で訂正してください。

(3) 資格確認書／資格情報のお知らせを汚損・紛失したとき

資格確認書や資格情報のお知らせを汚損・紛失したことにより使用できなくなった場合は、**様式8** 再交付申請書・紛失届書を提出してください。

<提出書類>

- ・ **様式8** 再交付申請書・紛失届書

(4) 給付金の振込口座を変更したいとき

給付金の振込先としている口座を変更したい場合や、公金受取口座（※）を利用したい場合は次の書類を提出してください。

公金受取口座を希望しない場合、共済組合からの給付金は、現職時に登録済みの金融機関口座に送金しますが、口座変更を希望する場合は、事前に**様式9** 医療費等振込口座登録（変更）及び依頼書を提出してください。

<提出書類>

- ・ **様式9** 医療費等振込口座登録（変更）依頼書

※公金受取口座について

- ・ マイナポータルで公金受取口座を登録されている方は、当共済組合に利用申請をすることで、短期給付など法令で定められた公的な給付を公金受取口座で受け取ることができます。
- ・ 共済組合からの給付を公金受取口座で受け取りたい場合は、**様式9**を提出してください。すでに現職時に登録している場合は不要です。
- ・ 公金受取口座を変更する際は、マイナポータルで変更手続きを行うとともに、当組合へ**様式10** 公金受取口座登録変更・解除届を提出してください。
- ・ また、公金受取口座への送金を取りやめたいときも**様式10**を提出してください。

公立学校共済組合秋田支部長 あて

資格喪失証明書交付申請書

資格喪失証明書の交付を次のとおり申請します。

組合員氏名	
組合員番号	公立秋 ー
申請者氏名	(続柄:)
生年月日	(元号) 年 月 日
連絡先	()
住所	〒 ※自宅送付希望の場合のみ記入
所属所	
喪失年月日	令和 年 月 日

※申請者の押印は不要です。

※FAX (018-860-5800) による提出も可とします。

様式 6

令和 ○年 ○月○○日

公立学校共済組合秋田支部長 あて

提出日を記入

資格喪失証明書交付申請書

資格喪失証明書の交付を次のとおり申請します。

組合員氏名	共済 太郎
組合員番号	公立秋 - 99999
申請者氏名	共済 太郎 (続柄: 本人)
生年月日	(元号) 昭和39年 11月 11日
連絡先	□□□ (□□□) □□□□
住所	〒 ○○○-○○○○ ○○県○○市○○番○○号 ■■■ (建物名等あれば)
所属所	
喪失年月日	令和 ○年 ○月 ○日

※申請者の押印は不要です。

※FAX (018-860-5800) による提出も可です。

3月31日に満了・脱退
→翌日4月1日が喪失年月日

資格情報のお知らせ・資格確認書
 高齢受給者証・継続療養証明書
 特定疾病療養受療証

様式7

記載事項変更申告書

所属コード		組合員番号		組合員氏名		生年月日			
						昭和 平成 年 月 日			
該 当 者	本人	続柄 コード	氏名	生年月日					
				年号	年	月	日		
	被扶養者				昭和・平成 ・令和				
					昭和・平成 ・令和				
					昭和・平成 ・令和				
					昭和・平成 ・令和				
申告書の提出理由									
変 更 事 項	旧								
	新	〒 ー							
Q. 「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。 ・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						<input type="checkbox"/> はい <input 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 年 月 日 フリガナ 組合員氏名									
この申告は事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 〒 ー (電話番号) ー ー 所属所在地 所属所名 所属所長職氏名									
						職印			

姓名変更の場合はフリガナも記入してください。

資格情報のお知らせ・**資格確認書**
 高齢受給者証・継続療養証明書 **記載事項変更申告書**
 特定疾病療養受療証

所属コード		組合員番号	組合員氏名	生年月日				
		〇〇〇〇〇	共 済 太 郎	昭和 平成	〇〇年	〇〇月	〇〇日	
該 当 者	本人	続柄コード	氏 名	生 年 月 日				
				年 号	年	月	日	
	被扶養者		共 済 太 郎	昭和・平成 ・令和				
				昭和・平成 ・令和				
				昭和・平成 ・令和				
申告書の提出理由		令和〇〇年〇〇月〇〇日 結婚による住所変更及び改姓のため						
Q. 「資格確認書」の交付が必要ですか。 ※交付が必要な場合は、次に該当する場合に限りです。 ・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				<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
変 更 事 項	旧	住所 〇〇市△△町△番△号 氏名 福 利 太 郎						
	新	住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇番〇号 〇〇〇アパート〇〇号室 氏名 共 済 太 郎						
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 〇〇 月 〇〇 日 フ リ ガ ナ キョウサイ タロウ 組合員氏名 共 済 太 郎								
この申告は事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 〒 (電話番号) - - 所属所所在地 所属所名 所属所長職氏名								
							職 印	

姓名変更の場合はフリガナも記入してください。

資格情報のお知らせ・資格確認書
 高齢受給者証 ・ 限度額適用認定証
 特定疾病療養受療証

再交付申請書
 紛失届書

組合員記号番号		組合員氏名	
公立秋 第 号			
該 当 者	続 柄 コード	氏 名	
再交付申請の理由・紛失事由（具体的に詳細に記入のこと。）			
Q. 「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			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

令和 年 月 日

公立学校共済組合秋田支部長 様

所 属 所 名

所属所長職氏名



資格情報のお知らせ・**資格確認書**
 高齢受給者証 ・ 限度額適用認定証
 特定疾病療養受療証

再交付申請書

紛失届書

どちらかに丸をつけてください。

組合員記号番号		組合員氏名	
公立秋 第 99999 号		公立 太郎	
該当者	続柄コード	氏名	
	1 1	公立 一郎	
再交付申請の理由・紛失事由（具体的に詳細に記入のこと。）			
<p>長男・一郎の資格確認書は ○○月○○日に就職のための引っ越しの際に、不要物と一緒に焼却したと思われます。</p>			
<p>いずれかにチェックしてください。 「資格確認書」とは、マイナ保険証を保有していない方が医療機関等を受診する際に窓口へ提示するものです。 ただし、退職や扶養取消等の場合は組合員資格を喪失し、当共済組合の「資格確認書」の交付対象ではなくなりますので、この欄へのチェックは不要です。</p>			
Q. 「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			<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

令和 ○ 年 ○ 月 ○○日

公立学校共済組合秋田支部長 様

所 属 所 名

所属所長職氏名



医療費等振込口座登録（変更）及び依頼書（提出用）

令和 年 月 日

公立学校共済組合秋田支部長 様

私が貴共済組合から支給される給付金等については、次のとおり振込してください。

任意継続組合員	組 合 員 番 号		公立秋						
	フリガナ								
	氏 名								
給付金の振込に公金受取口座を <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない									
指定振込口座	金融機関コード [※]			金融機関名			店 番		店 名
	預 金 種 別			口 座 番 号					
	普 通								

----- キ リ ト リ -----

医療費等振込口座登録（変更）及び依頼書（本人控）

令和 年 月 日

公立学校共済組合秋田支部長 様

私が貴共済組合から支給される給付金等については、次のとおり振込してください。

任意継続組合員	組 合 員 番 号		公立秋						
	フリガナ								
	氏 名								
給付金の振込に公金受取口座を <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない									
指定振込口座	金融機関コード [※]			金融機関名			店 番		店 名
	預 金 種 別			口 座 番 号					
	普 通								

- 1 公金受取口座の希望について必ずチェックを入れてください。
- 2 登録口座は組合員本人名義のものに限ります。
- 3 口座番号は右詰で記入し、空欄は0で埋めてください。
- 4 登録口座の解約・変更の際は、解約・変更前に共済組合まで連絡してください。
- 5 資格を喪失した場合は、喪失後6ヶ月間は解約・変更しないでください。
- 6 公金受取口座の利用を希望する場合、反映まで10日程度かかります。

医療費等振込口座登録（変更）及び依頼書（提出用）

令和 ○年 4月 1日

公立学校共済組合秋田支部長 様

登録済みの口座を変更したいときに提出してください。

私が貴共済組合から支給される給付金等については、次のとおり振込してください。

任意継続組合員	組 合 員 番 号		公立秋 9 9 9 9 9								
	フ リ ガ ナ		キョウサイ タロウ								
	氏 名		共済 太郎								
給付金の振込に公金受取口座を <input type="checkbox"/> 利用する <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない											
指定振込口座	金融機関コード [*]				金 融 機 関 名			店 番		店 名	
	○	○	○	○	〇〇銀行			○	○	〇	〇〇支店
	預 金 種 別				口 座 番 号						
	普 通				1	2	3	4	5	6	7

----- キ リ ト リ -----

医療費等振込口座登録（変更）及び依頼書（本人控）

令和 ○年 4月 1日

公立学校共済組合秋田支部長 様

私が貴共済組合から支給される給付金等については、次のとおり振込してください。

任意継続組合員	組 合 員 番 号		公立秋 9 9 9 9 9								
	フ リ ガ ナ		キョウサイ タロウ								
	氏 名		共済 太郎								
給付金の振込に公金受取口座を <input type="checkbox"/> 利用する <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない											
指定振込口座	金融機関コード [*]				金 融 機 関 名			店 番		店 名	
	○	○	○	○	〇〇銀行			○	○	〇	〇〇支店
	預 金 種 別				口 座 番 号						
	普 通				1	2	3	4	5	6	7

- 1 公金受取口座の希望について必ずチェックを入れてください。
- 2 登録口座は組合員本人名義のものに限ります。
- 3 口座番号は右詰で記入し、空欄は0で埋めてください。
- 4 登録口座の解約・変更の際は、解約・変更前に共済組合まで連絡してください。
- 5 資格を喪失した場合は、喪失後6ヶ月間は解約・変更しないでください。
- 6 公金受取口座の利用を希望する場合、反映まで10日程度かかります。

公金受取口座登録変更・解除届

令和 年 月 日

公立学校共済組合秋田支部長 様

貴共済組合から支給される高額療養費・年間高額療養費等給付金等について、公金受取口座へ振込されるように登録していましたが、次のとおり届出します。

所属コード		所属所名	
組合員番号		氏名	
届出の別 (いずれかに○)	変更 ・ 解除		

※反映されるまで10日程度かかります。

記入例

様式 10

公金受取口座登録変更・解除届

令和 ○年 ○月 ○日

公立学校共済組合秋田支部長 様

貴共済組合から支給される高額療養費・年間高額療養費等給付金等について、公金受取口座へ振込されるように登録していましたが、次のとおり届出します。

所属コード		所属所名	
組合員番号	99999	氏名	共済 太郎
届出の別 (いずれかに○)	変更 ・ <input checked="" type="radio"/> 解除		

※反映されるまで10日程度かかります。

4 医療費に関する手続き

(1) 入院・手術・高額な投薬治療等で医療費が高額になるとき

医療費（保険診療に限る）が高額となる場合、「限度額適用認定証」を資格確認書と一緒に窓口へ提示することにより自己負担額が軽減されます。

なお、窓口で支払済みの場合や、前月分の診療については「限度額適用認定証」は交付できませんので、余裕をもって申請してください。

<提出書類>

- ・ **様式 11** 限度額適用認定申請書

マイナ保険証で受診する場合

- ・ 医療機関等の窓口でマイナ保険証（マイナンバーカードに保険証の利用登録をしたもの）を提示し、「限度額情報の表示」に同意することで、「**限度額適用認定証**」を提示しなくても窓口での支払額が軽減されます。
- ・ マイナ保険証を保有しておらず資格確認書で受診する場合も原則として「限度額適用認定証」は不要です（希望があれば交付可能です）。
- ・ ただし、オンライン資格確認システムを導入していない医療機関で受診される場合は、限度額適用認定証の発行が必要となります。

(2) マイナ保険証又は資格確認書を使用できずに医療費の全額を支払ったとき／医師が治療上必要と認めた治療用装具を購入した時

療養の費用の全額を支払った場合は、共済組合が必要と認めた場合に限り療養費又は家族療養費の支給を受けられます。

療養費又は家族療養費は、療養に要した費用から一部負担金（自己負担額）を控除した金額が支給されます。

なお、療養に要した費用は、保険診療による換算又は一定の基準により計算されますので、実際に支払った金額と異なることがあります。

<提出書類>

ア 突発的な事故や旅行中の傷病などで保険証等を持参しなかったとき

- ・ **様式 12** 療養費・家族療養費請求書
- ・ 診療報酬領収済明細書

イ 治療上必要な装具等の支給を受けたとき

- **様式 12** 療養費・家族療養費請求書(※)
- 医師の同意書（診断書・証明書）
- 領収書

※靴型装具を支給された場合

靴型装具に係る請求書の提出の際には、当該装具の写真を添付してください。

実際に装着する現物であることが確認できるものとなりますが、当該装具が写っていれば、本人が写っている必要はありません。

靴型装具以外の治療用装具は写真の添付は不要です。

(3) 福祉医療制度の助成が適用になったとき／更新になったとき

居住している市区町村から福祉医療制度の適用を受ける場合（期間の更新を含む）、又は適用外となった場合は共済組合および互助会への届出が必要です。

届出がない場合は、市区町村からと共済組合および互助会からの附加給付等が重複し、後日返納となる場合があります。

また、有効期間の途中で適用外になった場合も届出が必要となりますのでご注意ください。

長寿（後期高齢者）医療・特定疾患医療・自立支援医療等は届出の必要はありません。

市区町村によって助成の種類が異なりますのでご確認ください。

<提出書類>

- **様式 13** 福祉医療制度の助成について（届出）
- 福祉医療受給者証の写し

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

組合員記号番号	公立秋 ー		
組合員氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
所属機関	名称		
	所在地		
申請の日の属する月の標準報酬の月額	円		
適用対象者氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
※入院期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで		
<small>※上記期間の開始日が申請年月日より前のとき、その理由をご記入ください。 (例)医療費の支払いを保留しているため/医療機関から○月○日までに限度額適用認定証を提示するよう指示があったため など</small>			
[]			
上記のとおり公立学校共済組合限度額適用認定証の交付を申請します。 公立学校共済組合秋田支部長 殿 令和 年 月 日 組合員 住 所 氏 名			
 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 〒 ー (電話番号) ー ー 所属所所在地 所属所名 所属所長職氏名 			

※外来診療の方は、入院期間を診療期間と訂正して提出してください。

記入例

マイナ保険証を病院窓口に提示すると、限度額適用認定証がなくても、自己負担を限度額まで抑えることができます。

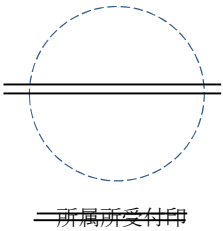
公立学校共済組合限度額適用認定申請書

様式 11

組合員記号番号	公立秋 -〇〇〇〇〇		
組合員氏名	公立 花子	性別	男・ 女
生年月日	昭和 ・平成 60年 10月 1日		
所属機関	名称		
	所在地		
申請の日の属する月の標準報酬の月額	〇〇〇, 〇〇〇 円		
適用対象者氏名	〇〇 太郎	性別	男 ・女
生年月日	昭和・ 平成 令和 年 〇〇 月 〇〇 日		
※入院期間	令和5年10月27日から令和5年11月5日まで		
<p>※上記期間の開始日が申請年月日より前のとき、その理由をご記入ください。 (例)医療費の支払いを保留しているため/医療機関から〇月〇日までに限度額適用認定証を提示するよう指示があったため など</p> <p>[！病院の指示により、限度額適用認定証が届くまで10月分の支払いを保留しているため]</p> <p>上記のとおり公立学校共済組合限度額適用認定証の交付を申請します。 公立学校共済組合秋田支部長 殿</p> <p>令和5年11月2日</p>			
<p>入院・外来期間の開始日が申請日より前の場合は、必ずその理由を記入してください。</p>		所 名	<p>外来診療なども含め、最大1年間を設定できます。再入院や退院後の高額な外来診療を考慮の上、終了日を記入してください。</p>
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒 (電話番号) - -</p> <p>所属所所在地</p> <p>所属所名</p> <p>所属所長職氏名 印</p>			

※入院(診療)が延長になった場合は、お手持ちの限度額適用認定証を返却の上、再度申請をしてください。申請から交付まで1週間程度かかります。ご不明の点はお問い合わせください。

様式12



療 養 費
 家 族 療 養 費
 高 額 療 養 費
 一 部 負 担 金 払 戻 金
 家 族 療 養 費 附 加 金
 医 療 費 補 助 金
 入 院 補 助 金

請 求 書

※ 原 票 照 合 済		※ 診 療 報 酬 明 細 照 合 済	
-------------------	--	------------------------------	--

※ 決 定 額	療 養 費	円
	家 族 療 養 費	円
	高 額 療 養 費	円
	一 部 負 担 金 払 戻 金	円
	家 族 療 養 費 附 加 金	円
	医 療 補 助 金	円
	入 院 補 助 金	円

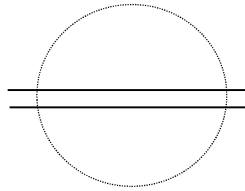
所 属 所 コー ド		所 属 所 名	
組 合 員 記 号 番 号	公 立 秋	組 合 員 氏 名	
療 養 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
傷 病 名		傷 病 の 原 因	
初 診 年 月 日	令 和 年 月 日	医 療 機 関 又 は 薬 局 名 及 び そ の 住 所	保 険 医 療 機 関 保 険 薬 局、そ の 他
療 養 期 間	令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで	療 養 に 要 し た 費 用	請 求 金 額
療 養 費 申 請 の 理 由			
どちらかにチェック→ 公金受取口座を <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない ※ 互助会の補助金は公金受取口座ではなく、指定振込口座へ振り込まれます。			
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合秋田支部長 様 秋田県教育関係職員互助会理事長 令和 年 月 日 住所 請求者 フリガナ 氏 名			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 千 一 (電話番号) 所 属 所 所 在 地 所 属 所 名 所 属 所 長 職 氏 名			

職印

- 1 「療養費申請の理由」は詳細に記入してください。
- 2 ※印欄は記入しなでください。
- 3 請求者氏名には必ずフリガナを付してください。

様式12

治療上必要な装具等の支給を受けた場合



所属所受付印

※原票		※診療報酬明細照合済	
照合済			

- 療 養 費
- 家 族 療 養 費
- 高 額 療 養 費
- 一部負担金払戻金
- 家族療養費附加金
- 医 療 補 助 金
- 入 院 補 助 金

請 求 書

※決定額	療 養 費	円
	家 族 療 養 費	円
	高 額 療 養 費	円
	一部負担金払戻金	円
	家族療養費附加金	円
	医 療 補 助 金	円
	入 院 補 助 金	円

所属所コード		所属所名	
組 合 員 記 号 番 号	公立秋 99999	組 合 員 氏 名	共 済 太 郎
療 養 者 氏 名	共 済 花 子	生 年 月 日	昭 和 39 年 12 月 12 日
傷 病 名	右 足 関 節 外 果 骨 折	傷 病 の 原 因	自 宅 で 転 倒 し た た め
初 診 年 月 日	令 和 〇 年 〇 月 〇 日	医療機関又 医師の診断書等の日付け	〇〇市〇〇町 〇〇病院 保険医療機関 保険薬局、 その他
療 養 期 間	令 和 〇 年 〇 月 〇 日 から 令 和 年 月 日 まで	療 養 に 要 し た 費 用	13,000 請 求 金 額 9,100

療養費申請の理由

治療用装具を購入したため

装具の金額

装具の金額×0.7(端数切捨て)
※70歳以上は0.8

どちらかにチェック→ 公金受取口座を 利用する 利用し
※ 互助会の補助金は公金受取口座ではなく、指定振込口座へ振り込まれ

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合秋田支部長 様
秋田県教育関係職員互助会理事長

令和 〇 年 〇 月 〇 日

請求者

住 所 〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号
フリガナ キョウサイタロウ
氏 名 共 済 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 年 月 日 千 一 (電話番号) 一 一

所属所所在地

所属所名

所属所長職氏名

職印

- 1 「療養費申請の理由」は詳細に記入してください。
- 2 ※印欄は記入しなでください。
- 3 請求者氏名には必ずフリガナを付してください。

令和 年 月 日

公立学校共済組合秋田支部長 様
 秋田県教育関係職員互助会理事長 様

福祉医療制度の助成について（届出）

福祉医療制度の助成が（ 適用 ・ 適用外 ）になりましたので、次のとおり届出します。

所属コード		所属所名	
組合員番号		組合員氏名	
組合員住所	〒 —		

添付書類貼付欄（「受給者証」等の写しをここに貼り付けてください。）

※助成の適用を受けたときは、市区町村から交付された「受給者証」等の写しを添付してください。
 期間の途中で適用外となった場合は、市区町村からの通知文書等の写しを添付してください。
 期間満了の場合は届出不要です。
 ※組合員及び被扶養者について提出してください。

記入例

様式 13

令和 ○年 ○○月 ○○日

公立学校共済組合秋田支部長 様
秋田県教育関係職員互助会理事長 様

福祉医療制度の助成について（届出）

福祉医療制度の助成が（**適用**、適用外）になりましたので、次のとおり届出します。

所属コード		所属所名	
組合員番号	99999	組合員氏名	共済 太郎
組合員住所	〒○○○-○○○ ○○市○○町○○-○		

添付書類貼付欄（「受給者証」等の写しをここに貼り付けてください。）

福祉医療制度受給者証の写し

※助成の適用を受けたときは、市区町村から交付された「受給者証」等の写しを添付してください。

期間の途中で適用外となった場合は、市区町村からの通知文書等の写しを添付してください。

期間満了の場合は届出不要です。

※組合員及び被扶養者について提出してください。

5 組合員又は被扶養者が死亡したとき

(1) 組合員が死亡したとき

組合員が公務によらないで死亡したときに**埋葬料**及び**埋葬料附加金**を支給します。

なお、死亡の原因が第三者行為によるもので、加害者から埋葬料（葬儀費）が支払われるときは支給できない場合があります。

<受給権者>

- 死亡当時被扶養者であった者が社会通念上埋葬を行うべき者をいいますが、被扶養者がいない場合や被扶養者であった者で埋葬を行う者がいない場合には、本人との関係をお問はずに実際に埋葬を行った者をいいます。
- ただし、被扶養者でない配偶者が喪主となって葬儀を行った場合において被扶養者である子がいる場合は、その子に埋葬料を支給することになります。

<支給額>

- 埋葬料・・・50,000円（資格喪失後3か月以内に死亡した場合も支給）
- 埋葬料附加金・・・25,000円（資格喪失後に死亡した場合は支給しません）

<提出書類>

- **様式14** 埋葬料・埋葬料附加金請求書
- 市区町村長の「埋葬許可証」又は「火葬許可証」の写し
 - ※ 「埋（火）葬許可証の発行済証明書」でも可。
 - ※ ただし、やむを得ない理由がある場合には、「死亡診断書」等の死亡の事実を証明する書類の原本。
- 埋葬に要した費用の「領収書」および「内訳明細書」
 - ※ 被扶養者であった者以外が請求を行う場合のみ必要。
- 資格喪失後の埋葬料を請求する場合は、加入している健康保険等の「資格確認書」もしくは「資格情報のお知らせ」の写し

(2) 被扶養者が死亡したとき

被扶養者として共済組合の認定を受けている者が死亡したときに**家族埋葬料**及び**家族埋葬料附加金**を支給します。

ただし、死亡の原因が第三者行為によるもので、加害者から埋葬料（葬儀費）が支払われるときは支給できない場合があります。

<受給権者>

組合員

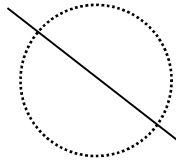
※被扶養者の埋葬を実際に誰が行ったかは問いません。

<支給額>

- 家族埋葬料 50,000 円
- 家族埋葬料附加金 . . . 25,000 円

<提出書類>

- **様式 14** 家族埋葬料・家族埋葬料附加金請求書
- 市区町村長の「埋葬許可証」又は「火葬許可証」の写し
 - ※ 「埋（火）葬許可証の発行済証明書」でも可。
 - ※ ただし、やむを得ない理由がある場合には、「死亡診断書」等の死亡の事実を証明する書類の原本。
- 資格喪失後の家族埋葬料を請求する場合は、加入している健康保険等の「資格確認書」もしくは「資格情報のお知らせ」の写し



※ 共済 確認印		※ 互助会 確認印	
----------------	--	-----------------	--

本人
家族

埋葬料	料	円
埋葬料附加金		円
死亡弔慰金		円
加入者弔慰金		円
弔慰金		円
配偶者弔慰金		円

所属所受付印

請 求 書

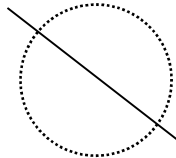
※ 決 定 額	本人	埋葬料	円
	家族	埋葬料附加金	円
		死亡弔慰金	円
	加入者弔慰金	円	
	弔慰金	円	
	配偶者弔慰金	円	

所属所コード		所属所名		
組 合 員 記 号 番 号	公立秋		組 合 員 氏 名	
			資 格 取 得 年 月 日	
死 亡 者	死亡者氏名	死亡者生年月日		
	続 柄	死 亡 場 所		
	死亡年月日	年 月 日	死 亡 原 因	
	埋葬年月日	年 月 日		
給 料 (組合員死亡時記 入)	行政、大学、高教、小中教、現業、医療、市町村費		請 求 額	
	級 号 給			埋 葬 料 家 族 埋 葬 料
	給 料 月 額	円		埋 葬 料 附 加 金 家 族 埋 葬 料 附 加 金
	教職調整額又は加算額	円		死 亡 弔 慰 金 家 族 死 亡 弔 慰 金
	給 料 の 調 整 額	円		加 入 者 弔 慰 金
計			円	
▼夫婦とも互助会員の場合のみ記入				
配 偶 者 氏 名	組 合 員 証 番 号	円		
所 属 所 名	所 属 所 コ ー ド	円		
<p>どちらかにチェック→ 公金受取口座を <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない</p> <p>※ 互助会の給付金は公金受取口座ではなく、指定振込口座へ振り込まれます。</p>				
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>公立学校共済組合秋田支部長 様</p> <p>秋田県教育関係職員互助会理事長</p> <p>令和 年 月 日 住 所</p> <p>請求者 フリガナ 氏 名</p> <p>(組合員との関係)</p>				
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日 円 - (電話番号) - -</p> <p>所属所所在地</p> <p>所属所長職氏名</p>				

職印

1 この請求書を提出するときは、市町村長埋葬許可証または火葬許可証の写しを添えてください。
 2 被扶養者であった者以外の人が埋葬料を請求する場合には、1のほかに埋葬に要した費用の額に関する証拠書類を添えてください。
 3 ※印欄は、記入しないでください。

記入例



※ 共済 確認印		※ 互助会 確認印	
----------------	--	-----------------	--

本人 家族	埋葬料
	埋葬料附加金
	死亡弔慰金
	加入者弔慰金
	弔慰金
	配偶者弔慰金

請求書

※ 決定 額	本人	埋葬料	円
	家族	埋葬料附加金	円
		死亡弔慰金	円
	加入者弔慰金	円	
	弔慰金	円	
	配偶者弔慰金	円	

所属所コード		所属所名			
組合員 記号番号	公立秋 99999	組合員氏名	共済 太郎		
		資格取得年月日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日		
死 亡 者	死亡者氏名	共済 花子	死亡者生年月日	昭和39年 12月 12日	
	続柄	妻	死亡場所	〇〇病院	
	死亡年月日	令和 〇年 〇〇月 〇〇日			
	埋葬年月日	令和 〇年 〇〇月 〇〇日	死亡原因	脳出血	
給料 (組合員死亡時記 入)	行政、大学、高教、小中教、現業、医療、市町村費 級 号給		請 求 額	埋葬料	50,000円
				家族埋葬料	
	給料月額	円		埋葬料附加金	25,000円
	教職調整額又は加算額	円		家族埋葬料附加金	
	給料の調整額	円		死亡弔慰金	円
計	円	家族死亡弔慰金			
▼夫婦とも互助会員の場合のみ記入				加入者弔慰金	円
配偶者 氏名		組合員証 番号		弔慰金	円
所属所名		所属所 コード		配偶者弔慰金	円

どちらかにチェック→ 公金受取口座を 利用する 利用しない
 ※ 互助会の給付金は公金受取口座ではなく、指定振込口座へ振り込まれます。

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合秋田支部長 様
 秋田県教育関係職員互助会理事長
 令和 〇年〇〇月〇〇日

住所 〇〇市〇〇町〇番〇号

請求者 フリガナ キョウサイ タロウ

氏名 共済 太郎

(組合員との関係 本人)

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日 〒 - (電話番号) - -

所属所所在地

所属所長職氏名

職印

- この請求書を提出するときは、市町村長埋葬許可証または火葬許可証の写しを添えてください。
- 被扶養者であった者以外の方が埋葬料を請求する場合には、1のほかに埋葬に要した費用の額に関する証拠書類を添えてください。
- ※印欄は、記入しないでください。