

該当の左欄に○を記入してください。

<input type="checkbox"/>	普通認定
<input type="checkbox"/>	特別認定
<input type="checkbox"/>	普通認定⇒特別認定
<input type="checkbox"/>	特別認定⇒普通認定
<input type="checkbox"/>	取消

### 資格確認書交付要否欄 (必ず☑記入してください)

要 否

※資格確認書の交付が必要な場合は、「☑要」記入してください。  
 なお、交付が必要な場合は以下に限ります。  
 ・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  
 ・マイナンバーカードを紛失した者、更新中の者  
 ・マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する  
 必要がある要配慮者

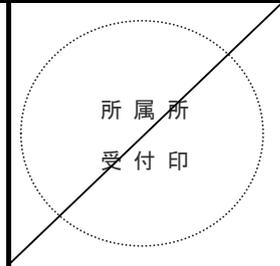


## 被扶養者認定・取消申告書

\*認定の場合は、個人番号記入用紙を添付。(出生の場合は、個人番号の通知まで時間を要することがあり、認定が遅れる可能性があることから後日提出も可。)

所属所名		組合員氏名			
所属所コード		組合員番号		N	
		生年月日		昭和 平成 年 月 日	
(フリガナ)				生 年 月 日	
認定(取消)を受けようとする者の氏名				満年齢	
氏名		性別		続柄(コード)	
氏名		男		( )	
氏名		女		( )	
被扶養配偶者の基礎年金番号 (配偶者の場合のみ記入)		被扶養者の要件を備える又は欠くに至った年月日及びその理由			
		理由			
		令和 年 月 日 (就職・離職等の年月日) 令和 年 月 日			
職業		扶養手当認定(有の場合のみ記入)		現住所 (組合員と別居の場合のみ記入)	
有 無		事実発生日 年 月 日		〒 -	
年間所得推計額 円		給与事務担当者氏名		同居 別居	
※ 判定 及 び そ の 理 由					
※ 資格取得(受付)		※ 資格喪失(受付)		※ 資格喪失区分(認定取消)	
年号 年 月 日		年号 年 月 日		※ 認定区分	
				1 2 3 4 5 6 7	
※ 資格取得(認定)		※ 資格喪失(取消)		1 2 他 転 死 収 入 超 過 超 過 見 込 送 金 な し 扶 養 替 え	
年号 年 月 日		年号 年 月 日		普通 特別	
上記のとおり申告します。 公立学校共済組合千葉支部長 様					
令和 年 月 日		住所 申告者 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			
		所属所住所 所属所名 所属所長名			

- (注) 1 この申告書は、被扶養者の要件を備えるに至った場合はその日より**30日以内**に、  
 欠くに至った場合は速やかに提出してください。  
 (30日を過ぎた認定申告は、当支部での申告受付日からの認定になります。)  
 2 年間所得推計額は、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、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。  
 3 ※は記入しないでください。



該当の左欄に○を記入してください。

<input type="checkbox"/>	普通認定
<input checked="" type="checkbox"/>	特別認定
<input type="checkbox"/>	普通認定⇒特別認定
<input type="checkbox"/>	特別認定⇒普通認定
<input type="checkbox"/>	取消

資格確認書交付要否欄 (必ず☑記入してください)

要 否

※資格確認書の交付が必要な場合は、「☑要」を記入してください。  
 なお、交付が必要な場合は以下に限りです。

- ・マイナ
  - ・マイナ
- マイナ保険証は持っているが、「念のため資格確認書が欲しい」等の理由での交付は不可



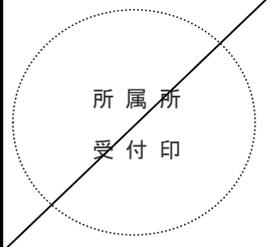
被扶養者認定・取消申告書

\*認定の場合は、個人番号記入用紙を添付。(出生の場合は、個人番号の通知まで時間を要することがあり、認定が遅れる可能性があることから後日提出も可。)

所属所名		組合員氏名		千葉 太郎					
所属所コード		組合員番号		N 1 2 3 4 5 6					
		生年月日		昭和 〇 年 〇 月 〇 日					
(フリガナ)		生年月日		満年齢		性別		続柄(コード)	
認定(取消)を受けようとする者の氏名		年号		年		月		日	
氏名		昭和		〇		〇		妻	
千葉 花子		平成		〇		〇		女 (2)	
被扶養配偶者の基礎年金番号(配偶者の場合のみ記入)		被扶養者の要件を備える又は欠くに至った年月日及びその理由		理由		退職のため			
		令和 〇〇 年 4 月 5 日		(就職・離職等の年月日)		令和 〇 年 4 月 4 日			
職業		扶養手当認定(有の場合のみ記入)		同居別居の別		現住所(組合員と別居の場合のみ記入)			
無職		有無		同居		〒 -			
年間所得推計額		給与事務担当者氏名		別居					
0									
※ 判定 及 び そ の 他									
※ 資格取得(受付)					※ 資格喪失(受付)				
年号 年 月 日					年号 年 月 日				
※ 資格取得(認定)					※ 資格喪失(取消)				
年号 年 月 日					年号 年 月 日				
1 普通					2 特別				
他制度					転出 死亡 収入超過 超過見込 送金なし 扶養替え				
上記のとおり申告します。 公立学校共済組合千葉支部長 様 令和 〇 年 4 月 6 日 申告者 住所 千葉市中央区市場町〇-〇 氏名 千葉 太郎									
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 要件を備える日以降の日付で作成してください。 電話番号 住所 所属所名 所属所長名									

同居別居の別について、記入漏れが多くなっていますので必ず記入してください。

- (注) 1 この申告書は、被扶養者の要件を備えるに至った場合はその日より30日以内に、欠くに至った場合は速やかに提出してください。  
 (30日を過ぎた認定申告は、当支部での申告受付日からの認定になります。)
- 2 年間所得推計額は、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、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。
- 3 ※は記入しないでください。



該当の左欄に○を記入してください。

<input type="checkbox"/>	普通認定
<input type="checkbox"/>	特別認定
<input type="checkbox"/>	普通認定⇒特別認定
<input type="checkbox"/>	特別認定⇒普通認定
<input checked="" type="checkbox"/>	取消

### 資格確認書交付要否欄 (必ず☑記入してください)

※資格確認  
なお、  
・マイナ  
・マイナ  
利用登  
・マイナ  
カードの電子  
証明書の有効  
期限切れの者  
・マイナ  
カードを紛失  
した者、更新  
中の者  
・マイナ  
保険証での受  
診が困難で、  
介助者等の第  
三者が同行し  
て資格確認を  
補助する必要  
がある要配慮  
者

**\* 必要書類については、手引きの[表3 被扶養者認定取消に係る必要書類一覧]を参照。**



## 被扶養者認定・取消申告書

\* 認定の場合は、個人番号記入用紙を添付。(出生の場合は、個人番号の通知まで時間を要することがあり、認定が遅れる可能性があることから後日提出も可。)

所属所名	組合員氏名		千葉 太郎													
所属所コード	組合員番号		N 1 2 3 4 5 6													
	生年月日		昭和 〇 年 〇 月 〇 日 平成 〇 年 〇 月 〇 日													
(フリガナ)		生 年 月 日		満年齢	性別	続柄 (コード)										
認定(取消)を受けようとする者の氏名		年号	年	月	日	妻 ( 2 )										
氏名	千葉 花子	昭和 平成 令和	〇	〇	〇											
被扶養配偶者の基礎年金番号 (配偶者の場合のみ記入)		被扶養者の要件を備える又は欠くに至った年月日及びその理由														
		令和 〇〇 年 4 月 4 日		理由 就職のため (就職・離職等の年月日) 令和 〇 年 4 月 4 日												
職業	扶養手当認定 (有の場合のみ記入)	同居別居	現住所 (組合員と別居の場合のみ記入)													
年間所	取消の場合は記入不要															
※ 判定及びその理由																
※ 資格取得 (受付)		※ 資格喪失 (受付)		※ 資格喪失区分 (認定取消)												
年号	年	月	日	年号	年	月	日	※ 認定区分	1	2	3	4	5	6	7	
※ 資格取得 (認定)		※ 資格喪失 (取消)		1	2											
年号	年	月	日	年号	年	月	日	普通	特別	他制度	転出	死亡	収入超過	超過見込	送金なし	扶養替え
上記のとおり申告します。 公立学校共済組合千葉支部長 様							住所	千葉市中央区市場町〇-〇								
令和 〇 年 4 月 6 日							申告者	千葉 太郎								
上記の記載事項は、実と相違ないものと認めます。							電話番号									
要件欠くに至った日以降の日付で作成してください。							住所									
							所属所名									
							所属所長名									

- (注) 1 この申告書は、被扶養者の要件を備えるに至った場合はその日より**30日以内**に、欠くに至った場合は速やかに提出してください。  
(30日を過ぎた認定申告は、当支部での申告受付日からの認定になります。)
- 2 年間所得推計額は、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、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。
- 3 ※は記入しないでください。

