

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（特別認定の場合、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

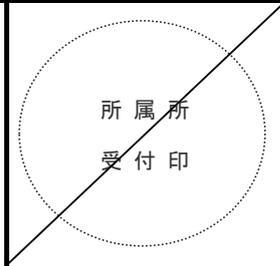


## 被扶養者認定・取消申告書

\*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	性別
氏名	年号 年 月 日	才	男
	昭和 平成 令和		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事実発生日及びその理由	
		理由 (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	同居別居の別	
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)	
年号 年 月 日	年号 年 月 日	※ 資格喪失区分 (認定取消)	
		1 2 3 4 5 6 7	
※ 資格取得 (認定)		※ 資格喪失 (取消)	
年号 年 月 日	年号 年 月 日	1 2 他 転 死 収 入 超 過 見 込 送 金 な し 扶 養 替 え	
		普通 特別 他制度 出 亡 入 込 見 込 送 金 な し 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 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 (特別認定の場合、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」に記入してください。  
 なお、交付が必要な場合は以下に限ります。

- ・マイナ
  - ・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
- 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

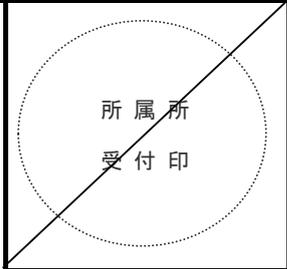
\*認定の場合は、個人番号記入用紙を添付。(出生の場合は、個人番号の通知まで時間を要することがあり、認定が遅れる可能性があることから後日提出も可。)

所属所名	組合員氏名		千葉 太郎						
所属所コード	組合員番号		N	1	2	3	4	5	6
(フリガナ)		生年月日	昭和	〇	年	〇	月	〇	日
認定(取消)を受けようとする者の氏名		生年月日	満年齢	性別	続柄(コード)				
氏名	千葉 花子	名	ハナコ	男	妻				
被扶養配偶者の基礎年金番号(配偶者の場合のみ記入)		被扶養者の要件を満たすに至った事実発生日		理由					
		令和 〇〇年 4月 5日		退職のため					
職業	扶養手当認定(有の場合のみ記入)		同居別居の別						
無職	有	無	事実発生日		現住所(組合員と別居の場合のみ記入)				
年間所得推計額	給与事務担当者氏名		〒						
0			同居		別居				
※ 判定 及 び そ の 他									
※ 資格取得(受付)			※ 資格喪失(受付)			認定区分			
年号	年	月	日	年号	年	月	日	1	2
※ 資格取得(認定)			※ 資格喪失(取消)			他転出死亡収入超過			
年号	年	月	日	年号	年	月	日	1	2
						普通 特別 制度			
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						
氏名			電話番号						
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。									
住所 所属所名 所属所長名									

例 4月4日退職により認定する場合  
 ・就職・離職等の年月日:4月4日  
 ・事実発生日:4月5日

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（特別認定の場合、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		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 〇〇年 〇月 〇日 平成 〇〇年 〇月 〇日														
(フリガナ)		生年月日		性別		続柄(コード)												
認定(取消)を受けようとする者の氏名		氏名		性別		続柄(コード)												
氏名		氏名		性別		続柄(コード)												
千葉 花子		千葉 花子		男		妻												
				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 満たす又は欠くに至った 事実発生日及びその理由																
		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)		現住所 (組合員と別居の場合のみ記入)														
		有 無		〒 -														
年間所得推計額 円		給与事務担当者氏名		同居 別居														
				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			
									1	2	他	転	死	収入	超過	送	扶	
									普通	特別	制度	出	亡	超過	見	金	養	
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、事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								所属所名										
所属所長名								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。

