様式 3

# 被扶養者(　　)申告書

| 所属所受付年月日 | 共済組合受付年月日 |
|---|---|
| | |

| 区分 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 新規認定 | | 認定取消 | |
| | 継続認定 | | データ変更 | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 所属所コード | | 組合員等記号・番号 | 公立福井 | 給与支給機関 | | 組合員種別 | |
| 所属名 | | 組合員氏名 | | | | | |

**被扶養者について**

| カナ | | | 生年月日 | | | | 満年齢 | 性別 | 続柄 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 氏名 | 氏 | 名 | 年号 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | | | | | | | | | |

| 扶養手当 | 給与事務担当者名 | 同別居 | 日本国内に住所がない場合の申請事由 |
|---|---|---|---|
| | | | |

現住所(住民票上の住所を記入してください。)

(〒　　)

カナ

| 基礎年金番号(配偶者のみ) | | 資格喪失証明書 | |
|---|---|---|---|
| 職業年収 | | 申告事由とその事実の生じた日 | |

**資格確認書の発行**

要 ・ 否

新規資格取得者の資格確認書につきまして、以下に該当する場合に限り発行します。該当項目ににチェックを入れてください。

- □ マイナンバーカードを取得していない、またはマイナンバーカードを返納した
- □ マイナンバーカードを保有しているが、健康保険証の利用登録を行っていない
- □ 利用登録解除を申請した、または利用登録解除済みである
- □ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている
- □ マイナンバーカードを紛失し再交付手続き中、または更新手続き中である
- □ その他(　　)

上記のとおりします。

公立学校共済組合福井支部長　様

令和　　年　　月　　日　　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　　所属所長　　職名
氏名

| 所属所電話番号 | | 事務担当者名 | |
|---|---|---|---|

**共済組合記入欄**

| 資格取得(認定)年月日 | | | | 資格喪失(取消)年月日 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 年号 | 年 | 月 | 日 | 年号 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | | | |

| KS入力 | |
|---|---|

| 喪失区分 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 他制度 | 5 | 超過見込 | 備考 | |
| 2 | 転出 | 6 | 送金無し | | |
| 3 | 死亡 | 7 | 扶養替え | | |
| 4 | 収入超過 | 11 | 後期高齢 | | |

枚中　　枚目