

様式 3

被扶養者の認定の記入例

被扶養者(認定)

所属の受理日が事実発生日から30日経過したときは、所属長の受理日からの認定となります。

所受付年月日 共済組合受付年月日

区分	新規認定	1	認定取消
	継続認定		データ変更

RO.4.1
公立学校 共済学校

所属所コード	99620	組合員等記号・番号	公立福井	123456
所属名	公立学校共済学校	組合員氏名	公立 太郎	

事前受付は不可。資格喪失日以降の受付印を押印してください。

氏名	カナ	コウリツ	タイチ	生年月日	満年齢	性別	続柄
	氏名	公立	太一	年号 年 月 日	0	1:男	11:長男

被扶養者について	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
	1:受給	山田	1:同居	住民票の写しを添付してください。住民票の住所と現住所が異なるときは申立書にその理由を詳細に記入し提出してください。

現住所(住民票上の住所を記入)	福井県福井市大手3丁目17-1
基礎年金番号(配偶者のみ)	資格喪失証明書

認定希望の被扶養者が配偶者の場合は記入してください。基礎年金番号のわかる書類も添付してください。

職業年収	0	申告事由とその事実の生じた日	出生のため
------	---	----------------	-------

資格確認書の発行	<input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 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は限り発行します。該当項目にチェックを入れてください。 <input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカードを取得していない、または <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを保有しているが、健康保険証 <input type="checkbox"/> 利用登録解除を申請した、または利用登録解除済 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他()	要の場合に限りチェックを入れてください。マイナ保険証が利用できるようになった場合は、資格確認書を速やかに返納してください。
----------	---	---	---

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 4月 1日	申告者本人が自署してください。 申告者氏名 公立 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 4月 1日	所属所長 職名 公立 共済 氏名	必ず事務担当者が内容を確認し担当者名を記入してください。
---	---------------------	------------------------------

所属所電話番号	0776-20-0561	事務担当者名	山田
---------	--------------	--------	----

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	喪失区分	1	他制度	5	超過見込	備考
	年号 年 月 日	年号 年 月 日		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	
	KS入力							