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		再発行	
	継続認定		データ変更		資格確認書	資格情報(知)

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

枚中　　枚目