様式　3

被扶養者（認定・取消・継続）申告書

所属所受付年月日	共済組合受付年月日

件数						
	新規認定		認定取消		証再発行	
	継続認定		データ変更		証再発行（高）	

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

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	

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

職名

所属所長　　氏名

（TEL　　）

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		

個人番号照会		国内居住要件照会		情報連携照会	
証回収・発行		KS入力		補正依頼	

注1：申告者氏名について、必ず本人が記入・押印すること。

注2：被扶養者の取消および証の記載事項変更時には被扶養者証を必ず添付すること。

枚中　　枚目