新たに被扶養者の認定を申告する（妻、長女が退職の場合）

任意継続組合員・被扶養者申告書

組合員番号を記入

申告事項・・・記号及び（　）内の該当事項を○で囲んでください。
ア 任意継続組合員資格喪失申出
（就職＜健康保険加入＞・国民健康保険へ移行・死亡・（　　））
イ 被扶養者（認定・取消）申告
ウ 記載事項変更申告（任意継続組合員・被扶養者）
エ 公費負担医療受給届（組合員・被扶養者）

任意継続組合員に関する事項

※整理コード	任意継続組合員番号
	2 2 0 0 0 0 0

＊新たに申告する項目、変更・訂正をする項目について記入してください。

フリガナ 任意継続組合員氏名		性別	生年月日 年号	年	月	日	給付金等振込口座 1 群馬銀行 動金庫	支店
(姓)	(名)						支店コード	口座番号

変更のない項目は記入しないでください

郵便番号	住所	公費 コード	開始・終了 年号	年	月	日
－			平令			

※資格喪失 年号	年	月	日
令			

＊性別・年号は該当する方を○で囲んでください
＊年月日は２桁で記入してください　例）７月･･･07，６日･･･06
＊住所について、群馬県内は市・郡名から、県外は都道府県名から記入してください
＊続柄は「長男」「二女」のように記入してください

被扶養者に関する事項

フリガナ 被扶養者氏名		性別	生年月日 年号	年	月	日	続柄	職業年収	同居別居
(姓) アカギ 赤城	(名) ハナコ 花子	男 女	昭 平令	3 5	0 7	0 7	妻	なし ０円	同居 別居

被扶養者としようとする人について記入してください

公費 コード	開始・終了 年号	年	月	日	住所（組合員と	郵便番号	※認定・取消	月	日	※30日経過	※削除	※取消区分
	平令						令					

フリガナ 被扶養者氏名		性別	生年月日 年号	年	月	日	続柄	職業年収	同居別居
(姓) アカギ 赤城	(名) ハルコ 春子	男 女	昭 平令	0 2	0 4	0 1	長女	なし ０円	同居 別居

公費 コード	開始・終了 年号	年	月	日	住所（組合員と住民登録が異なる場合	郵便番号	－	消	日	※30日経過	※削除	※取消区分
	平令											

事実発生日(この例では退職の翌日)から
３０日以内に提出してください
※３０日を経過した後に提出した場合は、
共済組合の受付日からの認定となります

申告理由等

申告の理由、その事実発生年月日、添付した書類及び変更･訂正前の内容等を、記入してください。

○被扶養者認定　妻　花子　　令和○年○月○日　退職のため被扶養者認定申告
　　長女　春子　令和○年○月○日　退職のため被扶養者認定申告

添付書類　戸籍抄本　社会保険離脱証明書
（または退職辞令･退職証明書など）、
扶養に関する申立書、家族構成調書
個人番号（マイナンバー）記入票

該当する場合は□にチェックをお願いします。

資格確認書の交付が必要
（マイナ保険証を保有していない）　□

添付書類＝続柄及び扶養の事実が確認できる書類
※詳しくは共済組合までお問い合わせください

☑ 上記のとおり申告します。
□ 地方公務員等共済組合法第１４４条の２第５項第５号の規定により、
任意継続組合員でなく

受付日

公立学校共済組合群馬支部長　様
令和　○年　○月○○日

申告者（任意継続組合員）
郵便番号　３７１－□□□□
住所　前橋市××町１－２３
氏名　赤城　太郎
自宅（または携帯）電話番号　０２７－２△△－××××

(注) ※の欄は記入しないでください。

※共済組合処理日
月　日