

所属所受付印

受付
令和02.17
〇〇〇小学校

記入例：取消②

被扶養者申告書

2. 記載事項変更届書
3. 取消申告書
4. (再)交付申請書

収入超過したため取消する場合
(基準日額・基準月額3ヶ月連続・基準年額のいずれか超過)

※申請年月日
年号 年 月 日

組合員種別
01 一般
02 船員
11 短期
12 船員短期

組合員氏名
組合員番号 (右詰め)
共済 太郎

配偶者の基礎年金番号
(変更があったときのみ記入)

所属所在地
(〒 123 - 4567)
水戸市笠原町123-4

所属所・コード
所属所名・コード (Tel 123 (456) 7890)
〇〇〇小学校
789123

共济組合受付印

被扶養者氏名

性別

生年月日

続柄コード

[参考] 主な続柄コード表

フリガナ

キョウサイ

タケオ

1男・2女

年号 年 月 日

11

夫 01 長男 11 配偶者の子 10
妻 02 二男 12 養子・養女 20
父 31 三男 13 養父 32
母 41 四男 14 養母 42
兄 51 長女 21 配偶者の父 33
弟 52 二女 22 配偶者の母 43
姉 61 三女 23 祖父 53
妹 62 四女 24 祖母 63

漢字

(姓) 共済

(名) 竹雄

同居 / 別居の別
1同居・2別居
[別居の場合は下記に住所記入]

[組合員と同居のときは不要]

郵便番号

04 収入超過

[参考] 取消区分コード表
01 他制度 就職・離職・他制度扶養替え等
03 死亡 被扶養者が死亡した場合
04 収入超過 日額・月額3ヶ月・年額超過
05 超過見込 給与見込・年金受給開始等
06 送金なし 別居者への仕送りなし
07 共同扶養 組合員同士の扶養替え
11 後期高齢 障害による後期高齢加入

取消区分
04

申告の理由及び

<基準日額を超過>
(例) 令和〇年8月2日から日額3,612円を超える雇用保険の失業給付の支給が開始したため
<基準月額を3ヶ月連続で超過>
(例) アルバイト収入が3ヶ月連続で108,334円を超過したため、3ヶ月目の給与支給日令和〇年2月9日の翌日付で
(例) 公的年金と給与の合計が3ヶ月連続で15万円を超過したため、3ヶ月目の給与支給日令和〇年2月9日の翌日付で
<基準年額を超過>
(例) アルバイト収入が年額130万円を超過したため、超過した給与支給日令和〇年2月9日の翌日付で
(例) 確定申告により事業収入が年額130万円を超過したため、確定申告の税務署受理日である令和〇年2月16日付で

長男 竹雄について、【アルバイト収入が3ヶ月連続で108,334円を超過したため、3ヶ月目の給与支給日令和〇年2月9日の翌日付で】被扶養者の認定を取消し、同時に資格確認書を返還します。

合、マイナ保険
証利用未登録者
は☒

☐ 発行が必要

上記のとおり申告します。
公立学校共済組合茨城支部長 殿
令和〇年2月17日
組合員氏名 共済 太郎
(署名)

上記の事項は、事実と相違ないものと認めます。
令和〇年2月18日
職名 水戸市立〇〇〇小学校長
所属所長 氏名 笠原 五郎
職印

※は記入しないでください。
(注) 資格確認書の発行は以下の①～③の該当者に限ります。
①マイナンバーカード未取得者 ②マイナ保険証利用未登録者(利用解除者を含む) ③マイナンバーカード有効期限切れ者

●所属所受付印欄は必ず押印してください。

整理簿チェックNo.
入力チェック