

被扶養者認定申告書

取消

(該当する方を○で囲んでください。)

組合員証番号										資格喪失証明書 交付希望の有無(注4)										
認定(取消)を受けようとする者の氏名(姓と名の間は1字あけること)										職 業	年 金 受 給	年間所得推計額 (注1)	被扶養者の要件を備え又は欠くに至った 年月日及びその理由 (注2)	離職による雇用保険(失業者の退職手当) 受給予定の有無(注3)						
カ ナ															有	円	無 ・ 有 [日額 月から 円]			
漢 字										無										
生 年 月 日				申告日 現在の 年齢 (注5)	性別□	続柄	同居・別居の別	住民票上の住所	郵便番号				市町村名 (県外住所は都道府県から記入。)		カ ナ	市町村名に続く住所				
年号	年	月	日						1:男	同居 ・ 別居								漢 字		
昭和 ・ 平成 ・ 令和					2:女	(別居の場合、住所欄も記載)														
上記の者の住民票が国内にない場合は、該当する記号を○を囲んでください。(注6)					上記のとおり申告します。										(〒 -) (TEL - -)					
ア 一時的に留学 イ 海外赴任する組合員に同行 ウ 観光・保養・ボランティア等 エ 海外赴任中に身分関係が生じた オ その他事情					公立学校共済組合岩手支部長 様										住 所					
共済組合使用欄					年号	年	月	日	令和 年 月 日										申告者 氏 名	
認定(取消)年月日					5					生年月日 年 月 日										

(注) 1 「年間所得推計額欄」は、事由発生以後のその者の恒常的な収入として見込まれる給与収入(パート・アルバイトを含む)、資産所得、事業所得、年金(個人年金を含む)・恩給等の12ヶ月分の推計額を記入して下さい。

2 「被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及びその理由」欄は、○年○月○日付退職(退職は、いつ付けか記入)、○年○月○日出生、○年○月○日年金改定通知書受理、雇用保険○年○月○日分から(まで)受給、○月○日給料受領により限度額超過等具体的に記入してください。

3 離職(退職)者は、「離職による雇用保険(失業者の退職手当)受給予定の有無」欄に必ず記入してください。雇用保険(失業者の退職手当)を受給予定で受給月が決定していない場合は、有を○で囲み月は未定と記入してください。

4 資格喪失証明書は、資格喪失後、他の健康保険制度等の加入に使用するものです。被扶養者の取消をする際、資格喪失証明書の発行を希望する方は「有」と記入してください。

5 日本国内に住民票を有する75歳以上の方は、後期高齢者医療制度の被保険者となりますので認定を受けることはできません。

6 ア～オに該当する場合は、そのことを確認できる書類を添付してください。