様式任1

被扶養者 認定 取消 申告書

（該当する方を〇で囲んでください。）

組合員番号	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					
漢字		有 無	円		無 ・ 有 [日額 円 月から]

生年月日 年号	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	資格確認書発行要否 ※認定の場合
昭和・平成・令和					1:男 2:女		同居 ・ 別居 (別居の場合、住所欄も記載)			漢字 市町村名に続く住所	□ 発行が必要 ※下記注意事項7に該当する場合はチェックを入れてください。

上記の者の住民票が国内にない場合は、該当する記号を〇を囲んでください。(注6)

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

共済組合使用欄	年号	年	月	日
認定(取消)年月日	5			

上記のとおり申告します。　（〒　－　）（TEL　－　－　）

公立学校共済組合岩手支部長 様　　住　所

令和　年　月　日

申告者　氏 名

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、〇年〇月〇日付退職(退職は、いつ付けか記入)、〇年〇月〇日出生、〇年〇月〇日年金改定通知書受理、雇用保険〇年〇月〇日分から(まで)受給、〇月〇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、有を〇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。

7 資格確認書は次のいずれかに該当する場合に発行しますので、該当する場合は「資格確認書要否」欄にチェックを入れてください。

①マイナンバーカードを取得していない又は返納した方　②マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない又は利用登録を解除した方　③マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方