（給付様式第2-7号）

# 扶　養　協　議　書

【 組 合 員 】

| 組合員等番号 | 組合員氏名 | 続柄<br>(注1) | 被扶養者との<br>居住状況 | 年間収入推計額<br>(注2) |
|---|---|---|---|---|
| | | | 同居・別居 | 万円 |

【 協 議 者 】

| 組合員等番号<br>※ | 協議者氏名<br>(注3) | 続柄<br>(注1) | 被扶養者との<br>居住状況 | 年間収入推計額<br>(注2) |
|---|---|---|---|---|
| | | | 同居・別居 | 万円 |
| | | | 同居・別居 | 万円 |
| | | | 同居・別居 | 万円 |

※ 協議者も公立学校共済組合神奈川支部の組合員である場合、組合員等番号を記入してください。

【被 扶 養 者】

| 氏名（注4） |
|---|
| |

協議の結果、上記被扶養者を　　年　　月　　日（注5）付けで

□　の扶養としたので申告します。

【認定の場合】

申立事項があれば記入してください

【取消の場合】 被扶養者が取消日から加入(予定)する健康保険にチェックしてください。

□ 国民健康保険　　□ 協議者の健康保険

公立学校共済組合神奈川支部長　様

年　　月　　日

組合員氏名（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

協議者氏名（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

協議者氏名（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

協議者氏名（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記入上の留意事項

（注1）続柄は、被扶養者からみた続柄を記入してください。

（注2）年間収入推計額とは、過去・現在・将来の収入から今後１年間の収入を見込んだ額です。
組合員の収入が協議者の収入よりも少ない場合は、その差額が協議者の収入の１割以内でなければ認定できません。

（注3）協議者とは、別紙【被扶養者の扶養義務者について】のとおりです。

（注4）住所が同じ被扶養者であれば、複数名の記入が可能です。

（注5）申請日ではなく、事実発生日を記入してください。

＜提出先･問合せ先＞
〒231-8309 横浜市中区日本大通7
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179

（給付様式第2-7号）

# 扶　養　協　議　書

【 組 合 員 】

| 組合員等番号 | 組合員氏名 | 続柄（注1） | 被扶養者との居住状況 | 年間収入推計額（注2） |
|---|---|---|---|---|
| ○○○○○○ | 横浜　共子 | 母 | 同居・別居 | 600 万円 |

【 協 議 者 】

| 組合員等番号※ | 協議者氏名（注3） | 続柄（注1） | 被扶養者との居住状況 | 年間収入推計額（注2） |
|---|---|---|---|---|
| ×××××× | 横浜　太郎 | 父 | 同居・別居 | 500 万円 |
| | | | 同居・別居 | 万円 |
| | | | 同居・別居 | 万円 |

※ 協議者も公立学校共済組合神奈川支部の組合員である場合、組合員等番号を記入してください。

【 被 扶 養 者 】

| 氏名（注4） |
|---|
| 横浜　次郎・花子 |

協議の結果、上記被扶養者を　○○　年　○　月　○　日（注5）付けで

横浜　共子

の扶養としたので申告します。

【認 定 の 場 合】

申立事項があれば記入してください

【取 消 の 場 合】 ※ご確認いただきどちらかにチェックをお願いします。

□　国民健康保険　　☑　協議者の健康保険組合　　に、加入(予定)です。

公　学校共済組合神奈川支部長　様

年　○　月　○　日

認定取消の方は、対象の被扶養者が次にどの保険組合に加入予定か記入してください。
同日加入、同日取消にて協議日は設定してください。

組合員氏名（署名）

協議者氏名（署名）

協議者氏名（署名）

協議者氏名（署名）

記入上の留意事項

（注1）続柄は、被扶養者からみた続柄を記入してください。
（注2）年間収入推計額とは、過去・現在・将来の収入から今後１年間の収入を見込んだ額です。
　　他の協議者の収入が組合員の収入より１割以上多い場合は、認定できません。
（注3）協議者とは、別紙【被扶養者の扶養義務者について】のとおりです。
（注4）住所が同じ被扶養者であれば、複数名の記入が可能です。
（注5）申請日ではなく、事実発生日を記入してください。

＜提出先・問合せ先＞
〒231-8309　横浜市中区日本大通7
公立学校共済組合神奈川支部　給付グループ