

被扶養者申告書【取消用】

※共済組合使用欄		
事務次長	確認者	担当者

◆提出書類一覧（別紙B）で添付書類を確認してください。 ◆特別認定の取消の場合は、取消日までの収入の確認が必要です。

組合員等記号・番号 （6桁）	公立神奈川							所属コード（4桁）					所属所名					
													所属所(事務室)電話番号 - - 事務室内線（ ）事務担当者名（ ）					
組合員の氏名							組合員の住民票の住所		〒 -									
組合員の生年月日	年 月 日																	
被扶養者の氏名		組合員との続柄	性別	被扶養者の生年月日	扶養手当認定状況(注1) および 給与事務担当者の証明印 (認定継続中も印必要)		居住状況	同居・別居	取消日までの送金額 (別居のみ)	被扶養者の要件を 欠くに至った日 (事実発生年月日) およびその理由	被扶養者 向こう1年 の年間収入推計額	60歳未満の 配偶者の取消の場合、 第3号関係 届の提出 (注2)	組合員被 扶養者証 資格確認 書の添付 (注3)	※ 共済組合使用欄				
														取消日	被扶養者証 資格確認書 回収欄			
フリガナ		配偶者・子・ ()	男・女	年 月 日 (歳)	☐ 年 月分まで認定 ☐ 認定継続中 (印)		国内・国外	同居・別居	年額・月額 万円	年 月 日 就職・収入超過・扶養替え その他 ()	万円	有・無	有・無	年 月 日				
フリガナ		配偶者・子・ ()	男・女	年 月 日 (歳)	☐ 年 月分まで認定 ☐ 認定継続中 (印)		国内・国外	同居・別居	年額・月額 万円	年 月 日 就職・収入超過・扶養替え その他 ()	万円	有・無	有・無	年 月 日				
フリガナ		配偶者・子・ ()	男・女	年 月 日 (歳)	☐ 年 月分まで認定 ☐ 認定継続中 (印)		国内・国外	同居・別居	年額・月額 万円	年 月 日 就職・収入超過・扶養替え その他 ()	万円	有・無	有・無	年 月 日				
特別認定の取消の場合 前回の検認（10月） または特別認定日から 取消日までの収入		年 月から 年 月までの収入 ☐ あり(注4) ☐ なし		申立欄														
上記のとおり申告します。 公立学校共済組合神奈川支部長 様																年 月 日	申告者 組合員氏名（署名）	
資格喪失証明書の発行 (注5)		発行が必要の場合は ☒ ☐		発行理由		☐ 国民健康保険加入に必要な ☐ 他の家族の健康保険加入に必要な		希望送付先		☐ 組合員 所属所 ☐ 組合員 自宅		☐ その他の送付先 〒 -		氏名				
対象者氏名 他 名																		

事実発生日以降速やかに所属所に提出してください。（申請日や所属所文書受付印の日付も、事実発生日以降としてください。）

- (注1) 一般認定の取消及び前年度末まで一般認定で検認を受けていない者の取消の場合は、給与事務担当者の証明印を受けてください。県立学校は学校事務センターで証明印を受けてください。県機関（県立学校を除く）は「扶養親族届」等、扶養手当の支給の終了月が分かる書類を添付してください。
- (注2) 取消する配偶者が20歳以上60歳未満の場合は、「国民年金第3号被保険者関係届」（給付様式第2-2号）を添付してください。ただし、取消後引き続き厚生年金に加入する場合は、添付は必要ありません。
- (注3) 組合員被扶養者証（健康保険証）、資格確認書が交付されている場合は、必ず添付してください。紛失した場合は、「組合員証等紛失届書」（給付様式第3-3号）を提出してください。紛失以外のやむを得ない事情により所属所が回収できない場合は、「組合員証等回収不能届」（給付様式第3-4号）を、提出してください。取消日以降に被扶養者証を使用し医療機関を受診した場合は、後日、医療費を組合員に返還していただきます。
- (注4) 特別認定の取消で、前回の検認または特別認定日から取消日までに収入がある場合は、月々の収入が分かる給与等明細書や給与等支払証明書、年金通知等を添付してください。また、取消日が当年の7月1日以降の場合は、当年度の課税・非課税証明書を添付してください（検認時または認定時に提出済みの場合はその写し）。
- (注5) 被扶養者が勤務先で健康保険に加入または他の家族の健康保険の被扶養者となっている場合は、資格喪失証明書の発行は不要です。本申告書で資格喪失証明書の発行を依頼せず、後日証明が必要となった場合は、「資格喪失(取消)証明書発行願」（給付様式第4-1号）で発行を依頼してください。

<提出先・問合せ先>
〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045) 210-8179

所属所文書受付印

共済組合文書受付印

被扶養者申告書【取消用】と添付書類は、所属所で控えを保管してください。

（給付様式第2-1-2号）

【取消の記入例】

◆提出書類一覧（別紙B）で添付書類を確認してください

※共済組合使用欄

事務次長	確認者	担当者

被扶養者申告書【取消用】

場合は、取消日までの収入の確認が必要です。

共済の所属コードを記入してください。

所属コード（4桁）

所属所名

所属所（事務室）電話番号

事務室番号（

事務担当者名（

組合員等記号・番号（6桁）

公立神奈川

○

○

○

○

○

○

所属コード（4桁）

○

○

○

○

所属所名

市立学校

所属所（事務室）電話番号

000

-

000

-

0000

事務室番号（

5

）

事務担当者名（

横浜

）

組合員の氏名

神奈川 太郎

組合員の住民票の住所

〒

000

-

0000

住民票の住所を記入してください。

横浜市区0001-2-3-405

組合員の生年月日

○

年

○

月

○

日

被扶養者の氏名	組合員との続柄	性別	被扶養者の生年月日	扶養手当認定状況(注1) および 給与事務担当者の証明印 (認定継続中も印必要)	居住状況	同居・別居	取消日までの送金額 (別居のみ)	被扶養者の要件を 欠くに至った日 (事実発生日月日) およびその理由	被扶養者 向こう1年 の年間収入推計額	60歳未満の 配偶者の取消の場合、 第3号関係 届の提出(注2)	組合員被 扶養者証 資格確認 書の添付 (注3)	※ 共済組合使用欄	
												取消日	被扶養者証 資格確認書 回収欄
フリガナ カナガワ イチロウ 神奈川 一郎	配偶者 子 ()	男 女	年 月 日 (歳)	☒ 年 月分まで認定 ☐ 認定継続中 横浜	国内 国外	同居 別居	年額・月額 10 万円	年 月 日 就職・収入超過・扶養替え その他 ()	135 万円	有・無	有・無	年 月 日	
フリガナ 配偶者 ()	配偶者 ()		年 月分まで認定 (歳)	年 月分まで認定 (歳)	国内 国外	同居 別居	年 月分まで認定 (歳)	年 月 日 就職・収入超過・扶養替え その他 ()	万円	有・無	有・無	年 月 日	
フリガナ 配偶者 子 ()	配偶者 子 ()	女	年 月分まで認定 (歳)	年 月分まで認定 (歳)	国内 国外	同居 別居	年 月分まで認定 (歳)	年 月 日 就職・収入超過・扶養替え その他 ()	万円	有・無	有・無	年 月 日	

特別認定の取消の場合
前回の検認（10月）
または特別認定日から
取消日までの収入

○年 ○月から
○年 ○月までの収入
☒あり(注4) ☐なし

申立欄

神奈川一郎は○年○月は就労していないため、収入がありません。

上記のとおり申告します。
公立学校共済組合神奈川支部長 様

○ 年 ○ 月 ○ 日

申告者 組合員氏名（署名） 神奈川 太郎

組合員の申告日と署名を必ず記入してください。

資格喪失証明書の発行
(注5)

発行が必要の場合は☒

対象者氏名
神奈川 一郎 他 名

発行理由
☒ 国民健康保険加入に必要な
☐ 家族の健康保険加入に必要な

希望送付先
☒ 組合員 所属所
☐ 組合員 自宅
☐ その他の送付先 〒 氏名

事実発生日以降速やかに所属所に提出してください。（申請日や所属所文書受付印の日付も、事実発生日以降としてください。）

(注1) 一般認定の取消及び前年度末まで一般認定で検認を受けていない者の取消の場合は、給与事務担当者の証明印を受けてください。県立学校は学校事務センターで証明印を受けてください。県機関（県立学校を除く）は「扶養親族届」等、扶養手当の支給の終了月が分かる書類を添付してください。

(注2) 取消する配偶者が20歳以上60歳未満の場合は、「国民年金第3号被保険者関係届」（給付様式第2-2号）を添付してください。ただし、取消後引き続き厚生年金に加入する場合は、添付は必要ありません。

(注3) 組合員被扶養者証（健康保険証）、資格確認書が交付されている場合は、必ず添付してください。紛失した場合は、「組合員証等紛失届書」（給付様式第3-3号）を提出してください。紛失以外のやむを得ない事情により所属所が回収できない場合は、「組合員証等回収不能届」（給付様式第3-4号）を、提出してください。取消日以降に被扶養者証を使用し医療機関を受診した場合は、後日、医療費を組合員に返還していただきます。

(注4) 特別認定の取消で、前回の検認または特別認定日から取消日までに収入がある場合は、月々の収入が分かる給与等明細書や給与等支払証明書、年金通知等を添付してください。また、取消日が当年の7月1日以降の場合は、当年度の課税・非課税証明書を添付してください（検認時または認定時に提出済みの場合はその写し）。

(注5) 被扶養者が勤務先で健康保険に加入または他の家族の健康保険の被扶養者となっている場合は、資格喪失証明書の発行は不要です。本申告書で資格喪失証明書の発行を依頼せず、後日証明が必要となった場合は、「資格喪失(取消)証明書発行願」（給付様式第4-1号）で発行を依頼してください。

<提出先・問合せ先>
〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179

所属所文書受付印

所属所文書受付印

所属所は記入内容や添付書類を確認のうえ、所属所文書受付印を押印してください。押印後、本紙と添付書類の所属控えを保管してください。

被扶養者申告書【取消用】と添付書類は、所属所で控えを保管してください。