

事務次長	確認者	担当者

被扶養者申告書【取消用】

資格喪失証明書が必要な場合はこの用紙で申告してください。

組合員証記号番号 (組合員証の番号6桁)	公立神奈川					所属コード(4桁)			所属所名				所属所 電話番号	—	—	事務担当者名 ()
組合員の氏名							組合員自宅住所	〒 —								
組合員の生年月日	S	年	月	日												
被扶養者の氏名 (楷書体で丁寧に記入してください。)	組合員との続柄	性別	被扶養者の生年月日	扶養手当支給状況(注1) 給与事務担当者の証明印	被扶居 養住 者状 の 況	同居・ 別居	送金額 (別居のみ)	被扶養者の要件を 欠くに至った日 (事由発生日) およびその理由	被扶養者 向こう1年 の年間所 得推計額	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 等の添付 (注3)	※共済組合使用欄				
												取 消 日	被扶養者証 回収欄			
カナ)	配偶者 ・ 子 ()	男・ 女	S 年 月 日	年 月分まで支給 継続中	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				
カナ)	配偶者 ・ 子 ()	男・ 女	S 年 月 日	年 月分まで支給 継続中	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				
カナ)	配偶者 ・ 子 ()	男・ 女	S 年 月 日	年 月分まで支給 継続中	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				
無収入等の申立欄 (注4)																
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合神奈川支部長 殿 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) <input type="checkbox"/> 必要 対象者氏名		発行理由		<input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入 <input type="checkbox"/> 家族の健康保険に加入 <input type="checkbox"/> その他 ()		希望送付先		<input type="checkbox"/> 組合員 所属所 <input type="checkbox"/> 組合員 自宅 <input type="checkbox"/> その他 送付先 〒 —		氏名						

事由発生日以降速やかに所属所に提出してください。(申請日、所属所文書受付印は、事由発生日以降の日付で申告してください。)

- (注1) 一般認定者の取消および前年度末まで一般認定であった特別認定者の取消の場合は、扶養手当の支給の終期を記入のうえ、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、認定を受けた「扶養親族届」を添付してください。県機関(県立学校を除く)で、扶養手当の支給を受けている者が年度末までに22歳となり支給対象外となる場合は、扶養手当の支給終了の翌年度4月分の給与明細書の写しを添付してください。
- (注2) 配偶者が20歳以上60歳未満の取消の場合、添付してください。取消後に引き続き厚生年金に加入した場合は提出の必要はありません。
- (注3) 組合員被扶養者証(健康保険証)を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)を併せて提出してください。取消後に被扶養者証を使用した場合は、後日、医療費を組合員に請求し、返還していただきます。
- (注4) 特別認定の取消で、特別認定日または検認を受けた日から取消日までに収入がない期間がある場合は、その期間が無収入である旨記入してください。
- (注5) 本申告と同時に発行を依頼せず、後に資格喪失証明書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)で依頼してください。

所属所文書受付印

共済組合文書受付印

<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

【被扶養者取消の記入例】

被扶養者申告書【取消用】

事務次長	確認者	担当者

資格喪失証明書が必要な場合はこの用紙で申告してください

政令市の場合は
共済の所属コードを
記入してください。

組合員証記号番号 (組合員証の番号6桁)	公立神奈川	〇 〇 〇 〇 〇 〇	所属コード(4桁)	〇 〇 〇 〇	所属所名	〇〇市立〇〇〇〇学校	所属所 電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	事務担当者名(神)	
組合員の氏名	神奈川 太郎		組合員自宅住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 横浜市〇〇区〇〇〇3-2-1						
組合員の生年月日	S H	〇〇	年	〇	月	〇〇	日			

被扶養者の氏名 (楷書体で丁寧に記入してください。)	組合員との続柄	性別	被扶養者の生年月日	扶養手当支給状況(注1) 給与事務担当者の証明印	被扶養者 同居・別居 状況	送金額 (別居のみ)	被扶養者の要件を 欠くにに至った日 (事由発生日月日) およびその理由	被扶養者 向こう1年 の間所得 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 等の添付 (注3)	※共済組合使用欄	
											取消日	被扶養者証 回収欄
カナ) カナガワ ハナコ 神奈川 花子	配偶者	男	S H 〇〇年〇月〇〇日	令和〇年 〇月分まで支給 継続中 神	同居・別居 国内・国外 同居	年額・月額 万円	令和〇年〇月〇日 就職・収入超過・扶養替え その他()	135万円	有・無 無	有・無 無	年 月 日	
カナ) 配偶者				年 月分まで支給 継続中	同居・別居 国内・国外 同居	年額・月額 万円	年 月 日 就職・収入・扶養替え その他()	万円	有・無 無	有・無 無	年 月 日	
カナ) 配偶者				年 月分まで支給 継続中	同居・別居 国内・国外 同居	年額・月額 万円	年 月 日 就職・収入・扶養替え その他()	万円	有・無 無	有・無 無	年 月 日	

・一般認定者の取消
・前年度末まで扶養手当を支給
していた特別認定者の取消
・継続認定(一般→特別のみ)
の場合は記入・押印してください。

認定事由と添付書類は、
添付書類一覧(別紙B)で
確認してください。

無収入等の申立欄 (注4) **神奈川花子は令和〇年〇月~令和〇年〇月までは無収入でした。**

上記のとおり申請します。
公立学校共済組合神奈川支部長 殿
令和 〇年 〇月 〇日

特別認定の取消で、特別認定日または検認を受けた
日から取消日までに収入がない期間がある場合は、
その期間が無収入である旨記入してください。

組合員氏名(署名) **神奈川 太郎**

資格喪失証明書の発行 (注5) <input checked="" type="checkbox"/> 必要	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険に加入	<input checked="" type="checkbox"/> 組合員 所属所	<input type="checkbox"/> 組合員 自宅
対象者氏名 神奈川 花子 他 〇名	発行理由 <input type="checkbox"/> 家族の健康保険に加入 <input type="checkbox"/> その他()	希望送付先 <input checked="" type="checkbox"/> その他 送付先 〒 〇〇〇 - 〇〇〇	氏名

事由発生日以降速やかに所属所に提出してください。(申請日、所属所文書受付印は、事由発生日以降の日付で申告してください。)

- (注1) 一般認定者の取消および前年度末まで一般認定であった特別認定者の取消の場合は、扶養手当の支給の終期を記入のうえ、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、認定を受けた「扶養親族届」を添付してください。県機関(県立学校を除く)で、扶養手当の支給を受けている者が年度末までに22歳となり支給対象外となる場合は、扶養手当の支給終了の翌年度4月分の給与明細書の写しを添付してください。
- (注2) 配偶者が20歳以上60歳未満の取消の場合、添付してください。取消後に引き続き厚生年金に加入した場合は提出の必要はありません。
- (注3) 組合員被扶養者証(健康保険証)を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)を併せて提出してください。取消後に被扶養者証を使用した場合は、後日、医療費を組合員に請求し、返還していただきます。
- (注4) 特別認定の取消で、特別認定日または検認を受けた日から取消日までに収入がない期間がある場合は、その期間が無収入である旨記入してください。
- (注5) 本申告と同時に発行を依頼せず、後に資格喪失証明書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

〇〇市立
〇〇〇〇学校
〇〇年4月〇日
收受印

共済組合文書受付印

所属所で記入内容や
添付書類を確認し、
所属所の文書受付印
を押印してください。