

# 被扶養者 認定（種別切替） 取消 申告書

公立学校共済組合高知支部長 様  
下記のとおり申告します。

|       |        |
|-------|--------|
| 支部受付印 | 所属所受付印 |
|       |        |

|        |             |
|--------|-------------|
| 申告日    | 令和 年 月 日    |
| 組合員番号  | 公立高知 枝番 0 0 |
| 組合員氏名  |             |
| 組合員の所住 | ※郵便番号は不要です。 |

以下は、申告する被扶養者について記入してください。

| 資格確認書発行要否                                | 続柄 | 上段:フリガナ/下段:漢字氏名 | 生年月日              | 性別     |
|--|----|-----------------|-------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> 発行必要<br>↓ 以下を確認 |    |                 | S<br>H 年 月 日<br>R | 男<br>女 |

資格確認書の発行が必要な場合は「発行必要」にチェックを入れてください。ただし、以下に該当する場合に限りません。  
マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者、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者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者、マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者、マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要がある者

| 被扶養配偶者の基礎年金番号（右記事項を読んで記入してください。） | 基礎年金番号について  |
|----------------------------------|---|
| —                                | 1 一般組合員の配偶者（20歳以上60歳未満）を認定するときのみ記入（基礎年金番号がわかる書類を添付してください。）<br>2 短期組合員の配偶者を認定するときは記入不要 |

認定または種別切替時に記入してください。

住民票上の住所を記入してください。  
1 ※日本国内に住所がない（住民票がない）場合は、1には記入せず2および3へ記入してください。  
実際の居住地が下記住所である場合は、右枠内にチェックしてください。 →

| 郵便番号 | 都道府県・市区町村 | 左 欄 住 所 の 続 き |
|------|-----------|---------------|
|      |           |               |

2 実際の居住地を記入して下さい。（1の住民票上の住所と異なる場合又は日本国内に住所がない場合に記入）

| 郵便番号 | 都道府県・市区町村 | 左 欄 住 所 の 続 き |
|------|-----------|---------------|
|      |           |               |

3 【2に記入した住所が国外で、かつ住民票がない方のみ】国内居住要件の例外（下記）該当事由のいずれかにチェックをしてください。（添付書類必要）

① 外国において留学をする学生  
 ② 外国に赴任する組合員に同行する者  
 ③ 観光、保養又はボランティア活動その他就労以外の目的で一時的に海外に渡航する者  
 ④ 組合員が外国に赴任している間に当該組合員との身分関係が生じた者であって、②と同等と認められるもの  
 ⑤ ①～④までに掲げるもののほか、渡航目的その他の事情を考慮して日本国内に生活の基礎があると認められる者

| 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 | 扶養手当 ※いずれかに○  |
|-----------------------------|---|
|                             | 有    申請中    無   |
| 申告する被扶養者の年間所得推計額(円)         | 申告する被扶養者の要件を備えた日以降の収入の状況は、以下のとおりであると申立てます。（該当のものをチェックしてください。）   |
|                             | <input type="checkbox"/> 給与収入のみ <input type="checkbox"/> 給与以外の収入のみ <input type="checkbox"/> 給与+その他の収入 <input type="checkbox"/> 収入なし |

| 所属所コード | 上記のとおり申告がありましたので届け出ます。<br>令和 年 月 日<br>所属所長氏名 |
|--------|--|
|--------|--|

| ※共済組合使用欄 | 第3号事由                        | 第3号資格取得・喪失日 | 認定区分  | 取消事由 | 認定・取消 年月日                    |
|----------|------------------------------|-------------|-------|------|------------------------------|
|          |                              |             | 一般・特別 |      |                              |
|          | 上記のとおり 認定・取消<br>してよろしいか伺います。 | 次長          | 次長    | 班長   | 係    係                       |
|          | 令和 年 月 日                     |             |       |      | 入力日    . . .<br>回収日    . . . |
| 資格確認     | お知らせ                         |             | 取消切替  | 喪失   | 3号                           |

# 被扶養者 認定(種別切替) 取消 申告

公立学校共済組合高知支部長 様  
下記のとおり申告します。

## 被扶養者認定記入例

- ・出生
- ・組合員と同居
- ・住民票上の住所と実際の居住地が同じ

所属所受付印

所属所  
RO.O.O  
受付印

申告日 令和〇年〇月〇日

組合員番号 公立高知 〇〇〇〇〇〇 枝番 〇〇

福利 太郎

※郵便番号は不要です。

〇〇県 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 〇〇アパート〇号室

説明を読んで、該当であればチェックを入れてください。

以下は、申告する被扶養者について記 楷書で丁寧に書いてください。

| 資格確認書発行要否                                | 続柄 | 上段:フリガナ/下段:漢字氏名 | 生年月日                 | 性別     |
|--|----|-----------------|----------------------|--------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 発行必要 | 長女 | フクリ ハナコ         | S<br>H 〇年 〇月 〇日<br>R | 男<br>女 |
| ↓ 以下を確認                                  |    | 福利 花子           |                      |        |

資格確認書の発行が必要な場合は「発行必要」にチェックを入れてください。ただし、以下に該当する場合には限りません。  
 マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者、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者、  
 利用登録解除を申請した者、利用登録解除者、マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者、  
 マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要がある者

被扶養配偶者の基礎年金番号 (右記事項を読んで記入してください。)

基礎年金番号について

- 1 一般組合員の配偶者(20歳以上60歳未満)を認定するときのみ記入(基礎年金番号がわかる書類を添付してください。)
- 2 短期組合員の配偶者を認定するときは記入不要

住民票上の住所を記入してください。

1 ※日本国内に住所がない(住民票がない)場合は、1には記入せず2および3へ記入してください。

実際の居住地が下記住所である場合は、右枠内にチェックしてください。 →

| 郵便番号   | 都道府県・市区町村 | 左欄       | 住所の続き     |
|--------|-----------|----------|-----------|
| 〇〇〇〇〇〇 | 〇〇県 〇〇市   | 〇〇町〇〇-〇〇 | 〇〇アパート〇号室 |

2 実際の居住地を記入して下さい。(1の住民票上の住所と異なる場合又は日本国内に住所がない場合に記入)

| 郵便番号 | 都道府県・市区町村 | 左欄 | 住所の続き |
|------|-----------|----|-------|
|      |           |    |       |

3 【2に記入した住所が国外で、かつ住民票がない方のみ】国内居住要件の例外(下記)該当事の中のいずれかにチェックを(添付書類必要)

- ① 外国において留学をする学生
- ② 外国に赴任する組合員に同行する者
- ③ 観光、保養又はボランティア活動その他就労以外の目的で一時的に海外に渡航する者
- ④ 組合員が外国に赴任している間に当該組合員との身分関係が生じた者であって、②と同等と認められるもの
- ⑤ ①~④までに掲げるもののほか、渡航目的その他の事情を考慮して日本国内に生活の基礎があると認められる者

必ずいずれかに○をつけてください。

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

扶養手当 ※いずれかに○

令和〇年〇月〇日 出生

有  申請中  無

申告する被扶養者の年間所得推計額(円)

申告する被扶養者の要件を備えた日以降の収入の状況は、以下のとおりであると申立てます。(該当のものをチェックしてください。)

給与収入のみ  給与以外の収入のみ  給与+その他の収入  収入なし

所属所記入

所属所コード

上記のとおり申告がありましたので届け出ます。

令和 〇年 〇月 〇日

〇〇〇〇〇〇

所属所長氏名 土佐 一男

| ※共済組合使用欄 | 得・喪失日    | 認定区分     | 取消事由 | 認定・取消年月日 |
|----------|----------|----------|------|----------|
|          |          | 一般・特別    | 係 係  | 入力日      |
|          | 令和 年 月 日 | 次長 次長 班長 |      | 回収日      |
| 資格確認     | お知らせ     | 取消切替     | 喪失   | 3号       |

所属所担当者等が所属所コードを記入してください。

上記のとおり認定・取消してよろしいか伺います。

# 被扶養者 認定(種別切替) 取消 申請書

公立学校共済組合高知支部長 様  
下記のとおり申し上げます。

## 被扶養者認定記入例

- ・配偶者の離職
- ・住民票あり
- ・組合員と同居
- ・住民票上の住所と実際の居住地が異なる

所属所受付印

所属所  
RO.O.O  
受付印

申告日 令和〇年〇月〇日

組合員番号 公立高知 〇〇〇〇〇〇 枝番 〇 〇

福利 太郎

※郵便番号は不要です。

〇〇県 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 〇〇アパート〇号室

説明を読んで、該当であればチェックを入れてください。

以下は、申告する被扶養者について記述してください。

| 資格確認書発行要否                                | 続柄 | 上段:フリガナ/下段:漢字氏名 | 生年月日          | 性別 |
|--|----|-----------------|---------------|----|
| <input checked="" type="checkbox"/> 発行必要 | 妻  | フクリ ハナコ         | S<br>〇年 〇月 〇日 | 男  |
| ↓ 以下を確認                                  |    | 福利 花子           | H<br>〇年 〇月 〇日 | 女  |

資格確認書の発行が必要な場合は「発行必要」にチェックを入れてください。ただし、マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者、マイナンバーカード利用登録解除を申請した者、利用登録解除者、マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れた者、マイナンバーカードの受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要がある場合は「発行不要」にチェックを入れてください。

一般組合の配偶者の申告時に記入してください。

被扶養配偶者の基礎年金番号(右記事項を読んで記入してください。)

- 基礎年金番号について
- 1 一般組合員の配偶者(20歳以上60歳未満)を認定するときのみ記入(基礎年金番号がわかる書類を添付してください。)
  - 2 短期組合員の配偶者を認定するときは記入不要

〇 〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

住民票上の住所を記入してください。  
1 ※日本国内に住所がない(住民票がない)場合は、1には記入せず2および3へ記入してください。  
実際の居住地が下記住所である場合は、右枠内にチェックしてください。

| 郵便番号    | 都道府県・市区町村 | 左欄       | 住所の続き     |
|---------|-----------|----------|-----------|
| △△△△△△△ | △△県 △△市   | △△町△△-△△ | △△アパート△号室 |

2 実際の居住地を記入して下さい。(1の住民票上の住所と異なる場合又は日本国内に住所がない場合に記入)

| 郵便番号    | 都道府県・市区町村 | 左欄       | 住所の続き     |
|---------|-----------|----------|-----------|
| 〇〇〇〇〇〇〇 | 〇〇県 〇〇市   | 〇〇町〇〇-〇〇 | 〇〇アパート〇号室 |

3 【2に記入した住所と異なる場合は、必ずいずれかに○をつけてください。】  
 ① 外国において被扶養者となる者  
 ② 外国に赴任する者  
 ③ 観光、保養又はボランティア活動その他就労以外の事由で海外に渡航する者  
 ④ 組合員が外国に赴任している間に当該組合員との身分関係が断絶した者であって、②と同等と認められるもの  
 ⑤ ①-④までに掲げるもののほか、渡航目的その他の事情を理由として日本国内に生活の基礎があると認められる者

離職日の翌日を記入してください。

必ずいずれかに○をつけてください。

被扶養者の要件を備え又は欠に至った年月日及びその理由

令和〇年〇月〇日 離職

扶養手当 ※いずれかに○

有  申請中 無

申告する被扶養者の年間所得推計額(円)

1,000,000

申告する被扶養者の要件を備えた日以降の収入の状況は、以下のとおりであると申立てます。(該当のものをチェックしてください。)

給与収入のみ  給与以外の収入のみ  給与+その他の収入  収入なし

所属所担当者等が所属所コードを記入してください。

| 所属所コード      | 令和 〇年 〇月 〇日 | 所属所長氏名 | 土佐 一男 |
|-------------|-------------|--------|-------|
| 〇 〇 〇 〇 〇 〇 |             |        |       |

| 資格確認 | お知らせ | 取消切替 | 喪失 | 3号 |
|------|------|------|----|----|
|      |      |      |    |    |

# 被扶養者 認定(種別切替) 取消 申請書

公立学校共済組合高知支部長 様  
下記のとおり申請します。

## 被扶養者認定記入例

- ・子の離職
- ・住民票あり
- ・組合員と別居
- ・住民票上の住所と実際の居住地が異なる

所属所受付印

所属所  
RO.O.O  
受付印

申告日 令和〇年〇月〇日

組合員等  
組記号・番号 公立高知 〇〇〇〇〇〇 枝番 〇〇

説明を読んで、該当であればチェックを入れてください。

福利 太郎

※郵便番号は不要です。

〇〇県 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 〇〇アパート〇号室

以下は、申告する被扶養者について記述してください。

| 資格確認書発行要否                                | 続柄 | 上段:フリガナ/下段:漢字氏名 | 生年月日          | 性別 |
|--|----|-----------------|---------------|----|
| <input checked="" type="checkbox"/> 発行必要 | 長女 | フクリ ハナコ         | S<br>〇年 〇月 〇日 | 男  |
| ↓ 以下を確認                                  |    | 福利 花子           | H<br>〇年 〇月 〇日 | 女  |

資格確認書の発行が必要な場合は「発行必要」にチェックを入れてください。ただし、以下に該当する場合には限りません。  
 マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者、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者、  
 利用登録解除を申請した者、利用登録解除者、マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者、  
 マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要がある者

被扶養配偶者の基礎年金番号 (右記事項を読んで記入してください。)

- 基礎年金番号について
- 1 一般組合員の配偶者(20歳以上60歳未満)を認定するときのみ記入(基礎年金番号がわかる書類を添付してください。)
  - 2 短期組合員の配偶者を認定するときは記入不要

住民票上の住所を記入してください。

1 ※日本国内に住所がない(住民票がない)場合は、1には記入せず2および3へ記入してください。

実際の居住地が下記住所である場合は、右枠内にチェックしてください。 →

| 郵便番号   | 都道府県・市区町村 | 左欄       | 住所の続き     |
|--------|-----------|----------|-----------|
| 〇〇〇〇〇〇 | 〇〇県 〇〇市   | 〇〇町〇〇-〇〇 | 〇〇アパート〇号室 |

2 実際の居住地を記入して下さい。(1の住民票上の住所と異なる場合又は日本国内に住所がない場合に記入)

| 郵便番号    | 都道府県・市区町村 | 左欄       | 住所の続き     |
|---------|-----------|----------|-----------|
| △△△△△△△ | △△県 △△市   | △△町△△-△△ | △△アパート△号室 |

3 【2に記入した住所が国外で、かつ住民票がない方のみ】国内居住要件の例外(下記)該当事項のいずれかにチェックを入れてください。(添付書類必要)

- ① 外国において
- ② 外国に赴任す
- ③ 観光、保養又
- ④ 組合員が外国に赴任している間に当該組合員との身
- ⑤ ①-④までに掲げるもののほか、渡航目的その他の事情

離職日の翌日を記入してください。

必ずいずれかに○をつけてください。

被扶養者の要件を備え又は欠くに至る年月日及びその理由

令和〇年〇月〇日 離職

扶養手当 ※いずれかに○

有  申請中 無

申告する被扶養者の年間所得推計額(円)

0

申告する被扶養者の要件を備えた日以降の収入の状況は、以下のとおりであると申立てます。(該当のものをチェックしてください。)

給与収入のみ  給与以外の収入のみ  給与+その他の収入  収入なし

所属所担当者等が所属所コードを記入してください。

| 所属所コード | 令和 〇年 〇月 〇日 | 所属所長氏名 | 土佐 一男 |
|--------|-------------|--------|-------|
| 〇〇〇〇〇〇 |             |        |       |

  

| ※共済組合使用欄                | 得・喪失日 | 認定区分 | 取消事由 | 認定・取消年月日 |
|-------------------------|-------|------|------|----------|
| 上記のとおり認定・取消してよろしいか伺います。 | 次長    | 次長   | 班長   | 係 係      |
| 令和 年 月 日                |       |      |      | 入力日 回収日  |

  

|      |      |      |    |    |
|------|------|------|----|----|
| 資格確認 | お知らせ | 取消切替 | 喪失 | 3号 |
|------|------|------|----|----|

# 被扶養者 認定 (種別切替) 取消 申

公立学校共済組合高知支部長 様  
下記のとおり申し上げます。

**被扶養者取消記入例  
(社会保険加入による取消)**

所属所受付印

所属所  
RO.O.O  
受付印

|        |  |       |
|--------|--|-------|
| 申告日    | 令和〇年〇月〇日                                 |       |
| 組合員番号  | 公立高知 〇〇〇〇〇〇                              | 枝番 〇〇 |
| 組合員氏名  | 福利 太郎                                    |       |
| 組合員の住所 | ※郵便番号は不要です。<br>〇〇県 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 〇〇アパート〇号室 |       |

以下は、申告する被扶養者について記 楷書で丁寧に書いてください。

|                               |    |                 |                      |        |
|-------------------------------|----|-----------------|----------------------|--------|
| 資格確認書発行要否                     | 続柄 | 上段:フリガナ/下段:漢字氏名 | 生年月日                 | 性別     |
| <input type="checkbox"/> 発行必要 | 妻  | フクリ ハナコ         | S<br>H 〇年 〇月 〇日<br>R | 男<br>女 |
| 以下を確認                         |    | 福利 花子           |                      |        |

資格確認書の発行が必要な場合は「発行必要」にチェックを入れてください。ただし、以下に該当する場合に限りません。  
マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者、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者、  
利用登録解除を申請した者、利用登録解除者、マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者、  
マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要がある者

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 被扶養配偶者の基礎年金番号 (右記事項を読んで記入してください。) | 基礎年金番号について<br>1 一般組合員の配偶者 (20歳以上60歳未満) を認定するときのみ記入 (基礎年金番号がわかる書類を添付してください。)<br>2 短期組合員の配偶者を認定するときは記入不要 |
| -                                 |  |

認定または種別切替時に記入してください。

住民票上の住所を記入してください。

1 ※日本国内に住所がない (住民票がない) 場合は、1には記入せず2および3へ記入してください。  
実際の居住地が下記住所である場合は、右枠内にチェックしてください。 →

|      |           |         |
|------|-----------|---------|
| 郵便番号 | 都道府県・市区町村 | 左欄住所の続き |
|      |           |         |

2 実際の居住地を記入して下さい。(1の住民票上の住所と異なる場合又は日本国内に住所がない場合に記入)

|      |           |         |
|------|-----------|---------|
| 郵便番号 | 都道府県・市区町村 | 左欄住所の続き |
|      |           |         |

3 【2に記入した住所が国外で、かつ住民票がない方のみ】国内居住要件の例外 (下記) 該当事由のいずれかにチェックをしてください。(添付書類必要)

- ① 外国において留学をする学生
- ② 外国に赴任する組合員に同行する者
- ③ 観光・保養又はボランティア活動その他就労以外の目的で一時的に海外に渡航する者
- ④ 組合員が外国に赴任している間に当該組合員との身分関係が生じた者であって、②と同等と認められるもの
- ⑤ ①~④までに掲げるもののほか、渡航目的その他の事情を考慮して日本国内に生活の基礎があると認められる者

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| 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 | 扶養手当 ※いずれかに○  |
| 令和〇年〇月〇日 就職により社会保険加入        | 有 申請中 無   |
| 申告する被扶養者の年間所得推計額 (円)        | 申告する被扶養者の要件を備えた日以降の収入の状況は、以下のとおりであると申立てます。<br>(該当のものをチェックしてください。)   |
|                             | <input type="checkbox"/> 給与収入のみ <input type="checkbox"/> 給与以外の収入のみ <input type="checkbox"/> 給与+その他の収入 <input type="checkbox"/> 収入なし |

|        |                             |
|--------|-----------------------------|
| 所属所コード | 上記のとおり申告がありましたので届け出ます。      |
| 〇〇〇〇〇〇 | 令和 〇年 〇月 〇日<br>所属所長氏名 土佐 一男 |

|          |                          |       |       |      |          |
|----------|--------------------------|-------|-------|------|----------|
| ※共済組合使用欄 | 所属所担当者等が所属所コードを記入してください。 | 得・喪失日 | 認定区分  | 取消事由 | 認定・取消年月日 |
|          | 上記のとおり認定・取消してよろしいか伺います。  | 次長    | 一般・特別 | 係 係  | 入力日      |
|          | 令和 年 月 日                 |       | 班長    |      | 回収日      |
| 資格確認     | お知らせ                     | 取消切替  | 喪失    | 3号   |          |

# 被扶養者 認定 (種別切替) 取消 申請書

公立学校共済組合高知支部長 様  
下記のとおり申請します。

**被扶養者取消記入例  
(収入超過による取消)**

所属所受付印  
**RO.O.O  
受付印**

申告日 令和〇年〇月〇日

組合員番号 公立高知 〇〇〇〇〇〇 枝番 〇 〇

組合員氏名 **福利 太郎**

組合員の所住地 ※郵便番号は不要です。  
〇〇県 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 〇〇アパート〇号室

以下は、申告する被扶養者について記述してください。楷書で丁寧に書いてください。

| 資格確認書発行要否                     | 続柄 | 上段:フリガナ/下段:漢字氏名 | 生年月日          | 性別 |
|-------------------------------|----|-----------------|---------------|----|
| <input type="checkbox"/> 発行必要 | 妻  | フクリ ハナコ         | S<br>〇年 〇月 〇日 | 男  |
| 以下を確認                         |    | 福利 花子           | H<br>〇年 〇月 〇日 | 女  |

資格確認書の発行が必要な場合は「発行必要」にチェックを入れてください。ただし、以下に該当する場合に限りません。  
マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者、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者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者、マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者、マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要がある者

被扶養配偶者の基礎年金番号 (右記事項を読んで記入してください。)

基礎年金番号について  
1 一般組合員の配偶者(20歳以上60歳未満)を認定するときのみ記入(基礎年金番号がわかる書類を添付してください。)  
2 短期組合員の配偶者を認定するときは記入不要

認定または種別切替時に記入してください。

住民票上の住所を記入してください。  
1 ※日本国内に住所がない(住民票がない)場合は、1には記入せず2および3へ記入してください。  
実際の居住地が下記住所である場合は、右枠内にチェックしてください。

| 郵便番号 | 都道府県・市区町村 | 左欄住所の続き |
|------|-----------|---------|
|      |           |         |

2 実際の居住地を記入して下さい。(1の住民票上の住所と異なる場合又は日本国内に住所がない場合に記入)

| 郵便番号 | 都道府県・市区町村 | 左欄住所の続き |
|------|-----------|---------|
|      |           |         |

3 【2に記入した住所が国外で、かつ住民票がない方のみ】国内居住要件の例外(下記)該当事由のいずれかにチェックをしてください。(添付書類必要)

① 外国において留学をする学生  
 ② 外国に赴任する組合員に同行する者  
 ③ 観光・保養又はボランティア活動その他就労以外の目的で一時的に海外に渡航する者  
 ④ 組合員が外国に赴任している間に当該組合員との身分関係が生じた者であって、②と同等と認められるもの  
 ⑤ ①~④までに掲げるもののほか、渡航目的その他の事情を考慮して日本国内に生活の基礎があると認められる者

| 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 | 扶養手当 ※いずれかに○   |
|-----------------------------|--|
| 令和〇年〇月〇日 3ヶ月連続基準額超過         | 有 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> |

申告する被扶養者の年間所得推計額(円) 申告する被扶養者の要件を備えた日以降の収入の状況は、以下のとおりであると申立てます。(該当のものをチェックしてください。)

給与収入のみ  給与以外の収入のみ  給与+その他の収入  収入なし

所属所コード 〇〇〇〇〇〇

上記のとおり申告がありましたので届け出ます。  
令和 〇年 〇月 〇日  
所属所長氏名 **土佐 一男**

| ※共済組合使用欄                | 得・喪失日 | 認定区分 |    | 取消事由 |   | 認定・取消年月日 |  |
|-------------------------|-------|------|----|------|---|----------|--|
|                         |       | 一般   | 特別 | 係    | 係 | 入力日      |  |
| 上記のとおり認定・取消してよろしいか伺います。 | 次長    | 次長   | 班長 | 係    | 係 | 回収日      |  |
| 令和 年 月 日                |       |      |    |      |   |          |  |

|      |      |      |    |    |
|------|------|------|----|----|
| 資格確認 | お知らせ | 取消切替 | 喪失 | 3号 |
|------|------|------|----|----|

# 被扶養者 認定 (種別切替) 取消

**被扶養者取消記入例**  
(収入超過見込みによる取消)

公立学校共済組合高知支部長 様  
下記のとおり申し上げます。

所属所受付印



|        |  |        |    |    |
|--------|--|--------|----|----|
| 申告日    | 令和〇年〇月〇日                                 |        |    |    |
| 組合員番号  | 公立高知                                     | 〇〇〇〇〇〇 | 枝番 | 〇〇 |
| 組合員氏名  | 福利 太郎                                    |        |    |    |
| 組合員の住所 | ※郵便番号は不要です。<br>〇〇県 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 〇〇アパート〇号室 |        |    |    |

以下は、申告する被扶養者について記 楷書で丁寧に書いてください。

|                               |    |                 |                      |        |
|-------------------------------|----|-----------------|----------------------|--------|
| 資格確認書発行要否                     | 続柄 | 上段:フリガナ/下段:漢字氏名 | 生年月日                 | 性別     |
| <input type="checkbox"/> 発行必要 | 妻  | フクリ ハナコ         | S<br>H 〇年 〇月 〇日<br>R | 男<br>女 |
| 以下を確認                         |    | 福利 花子           |                      |        |

資格確認書の発行が必要な場合は「発行必要」にチェックを入れてください。ただし、以下に該当する場合に限りません。  
マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者、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者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者、マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者、マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要がある者

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 被扶養配偶者の基礎年金番号 (右記事項を読んで記入してください。) | 基礎年金番号について<br>1 一般組合員の配偶者 (20歳以上60歳未満) を認定するときのみ記入 (基礎年金番号がわかる書類を添付してください。)<br>2 短期組合員の配偶者を認定するときは記入不要 |
| —                                 |  |

認定または種別切替時に記入してください。

住民票上の住所を記入してください。

1 ※日本国内に住所がない (住民票がない) 場合は、1には記入せず2および3へ記入してください。  
実際の居住地が下記住所である場合は、右枠内にチェックしてください。 →

|      |           |         |
|------|-----------|---------|
| 郵便番号 | 都道府県・市区町村 | 左欄住所の続き |
|      |           |         |

2 実際の居住地を記入して下さい。(1の住民票上の住所と異なる場合又は日本国内に住所がない場合に記入)

|      |           |         |
|------|-----------|---------|
| 郵便番号 | 都道府県・市区町村 | 左欄住所の続き |
|      |           |         |

3 【2に記入した住所が国外で、かつ住民票がない方のみ】国内居住要件の例外 (下記) 該当事由のいずれかにチェックをしてください。(添付書類必要)

- ① 外国において留学をする学生
- ② 外国に赴任する組合員に同行する者
- ③ 観光・保養又はボランティア活動その他就労以外の目的で一時的に海外に渡航する者
- ④ 組合員が外国に赴任している間に当該組合員との身分関係が生じた者であって、②と同等と認められるもの
- ⑤ ①~④までに掲げるもののほか、渡航目的その他の事情を考慮して日本国内に生活の基礎があると認められる者

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| 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   | 扶養手当 ※いずれかに○  |
| 令和〇年〇月〇日 年金額が基準額を超えることが判明したため | 有 申請中 無   |
| 申告する被扶養者の年間所得推計額 (円)          | 申告する被扶養者の要件を備えた日以降の収入の状況は、以下のとおりであると申立てます。(該当のものをチェックしてください。)   |
|                               | <input type="checkbox"/> 給与収入のみ <input type="checkbox"/> 給与以外の収入のみ <input type="checkbox"/> 給与+その他の収入 <input type="checkbox"/> 収入なし |

|        |                             |
|--------|-----------------------------|
| 所属所コード | 上記のとおり申告がありましたので届け出ます。      |
| 〇〇〇〇〇〇 | 令和 〇年 〇月 〇日<br>所属所長氏名 土佐 一男 |

|          |                         |          |      |          |
|----------|-------------------------|----------|------|----------|
| ※共済組合使用欄 | 得・喪失日                   | 認定区分     | 取消事由 | 認定・取消年月日 |
|          | ・                       | 一般・特別    | 係 係  | ・        |
|          | 上記のとおり認定・取消してよろしいか伺います。 | 次長 次長 班長 |      | 入力日      |
| 令和 年 月 日 |                         |          |      | 回収日      |
| 資格確認     | お知らせ                    | 取消切替     | 喪失   | 3号       |

所属所担当者等が所属所コードを記入してください。

# 被扶養者

認定(種別切替) 取消

## 被扶養者認定種別切替記入例

- ・住民票あり
- ・組合員と同居

所属所受付印

公立学校共済組合高知支部長 様  
下記のとおり申し上げます。



|        |  |
|--------|--|
| 申告日    | 令和〇年〇月〇日                                 |
| 組合員番号  | 公立高知 〇〇〇〇〇〇 枝番 〇〇                        |
| 組合員氏名  | 福利 太郎                                    |
| 組合員の所住 | *郵便番号は不要です。<br>〇〇県 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 〇〇アパート〇号室 |

以下は、申告する被扶養者について記 楷書で丁寧に書いてください。

|                               |    |                  |                      |        |
|-------------------------------|----|------------------|----------------------|--------|
| 資格確認書発行要否                     | 続柄 | 上段:フリガナ/下段:漢字氏名  | 生年月日                 | 性別     |
| <input type="checkbox"/> 発行必要 | 長女 | フクリ ハナコ<br>福利 花子 | S<br>H 〇年 〇月 〇日<br>R | 男<br>女 |

以下を確認

資格確認書の発行が必要な場合は「発行必要」にチェックを入れてください。ただし、以下に該当する場合には限りません。  
マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者、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者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者、マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者、マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要がある者

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 被扶養配偶者の基礎年金番号 (右記事項を読んで記入してください。) | 基礎年金番号について<br>1 一般組合員の配偶者(20歳以上60歳未満)を認定するときのみ記入(基礎年金番号がわかる書類を添付してください。)<br>2 短期組合員の配偶者を認定するときは記入不要 |
|-----------------------------------|---|

認定または種別切替時に記入してください。

住民票上の住所を記入してください。  
1 ※日本国内に住所がない(住民票がない)場合は、1には記入せず2および3へ記入してください。  
実際の居住地が下記住所である場合は、右枠内にチェックしてください。

|        |           |          |           |
|--------|-----------|----------|-----------|
| 郵便番号   | 都道府県・市区町村 | 左欄       | 住所の続き     |
| 〇〇〇〇〇〇 | 〇〇県 〇〇市   | 〇〇町〇〇-〇〇 | 〇〇アパート〇号室 |

2 実際の居住地を記入して下さい。(1の住民票上の住所と異なる場合又は日本国内に住所がない場合に記入)

|      |           |    |       |
|------|-----------|----|-------|
| 郵便番号 | 都道府県・市区町村 | 左欄 | 住所の続き |
|      |           |    |       |

3 【2に記入した住所が国外で、かつ住民票がない方のみ】国内居住要件の例外(下記)該当中のいずれかにチェックをしてください。(添付書類必要)

- ① 外国において留学をする学生
- ② 外国に赴任する組合員に同行する者
- ③ 観光、保養又はボランティア活動その他就労以外の目的で一時的に海外に渡航する者
- ④ 組合員が外国に赴任している間に当該組合員との身分関係が生じた者であって、②と同等と認められるもの
- ⑤ ①~④までに掲げるもののほか、渡航目的その他の事情を考慮して日本国内に生活の基礎があると認められる者

必ずいずれかに〇をつけてください。

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| 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 | 扶養手当 ※いずれかに〇   |
| 令和〇年〇月〇日 22歳年度末到達により        | 有 申請中 無  |
| 申告する被扶養者の年間所得推計額(円)         | 申告する被扶養者の要件を備えた日以降の収入の状況は、以下のとおりであると申立てます。(該当のものをチェックしてください。)  |
| 300,000                     | <input checked="" type="checkbox"/> 給与収入のみ <input type="checkbox"/> 給与以外の収入のみ <input type="checkbox"/> 給与+その他の収入 <input type="checkbox"/> 収入なし |

|        |                             |
|--------|-----------------------------|
| 所属所コード | 上記のとおり申告がありましたので届け出ます。      |
| 〇〇〇〇〇〇 | 令和 〇年 〇月 〇日<br>所属所長氏名 土佐 一男 |

|                         |          |       |      |          |
|-------------------------|----------|-------|------|----------|
| ※共済組合使用欄                | 得・喪失日    | 認定区分  | 取消事由 | 認定・取消年月日 |
|                         | ・        | 一般・特別 | 係 係  | ・        |
|                         | 次長       | 次長 班長 | 係 係  | 入力日      |
| 上記のとおり認定・取消してよろしいか伺います。 | 令和 年 月 日 |       |      | 回収日      |
| 資格確認                    | お知らせ     | 取消切替  | 喪失   | 3号       |

所属所担当者等が所属所コードを記入してください。