

平成29年度 検認対象被扶養者調査票

公立学校共済組合高知支部長 様

検認対象被扶養者について、全ての収入に関する書類と併せて提出します。また、被扶養者の収入状況により扶養を必要とします。

なお、遑って認定取消事由に該当した場合は速やかに手続きします。

平成 29 年 月 日 所属所名 _____ 組合員証番号 _____ 組合員氏名 _____ (印)

被扶養者氏名・生年月日	続柄	同・別居 の別	被扶養者の現在の収入状況	※この1年間の 年間収入推計額	特記事項
		同居	1 年金受給者(公的・個人年金) 2 給与収入(アルバイト・パート含む)がある者 3 事業所得・不動産所得・農業所得等のある者 4 年金受給者でなく、無職の者 5 その他()	円	
S H 年 月 日		別居	別居の場合は送金額を記入してください。 → 送金額 : 年間 円		
		同居	1 年金受給者(公的・個人年金) 2 給与収入(アルバイト・パート含む)がある者 3 事業所得・不動産所得・農業所得等のある者 4 年金受給者でなく、無職の者 5 その他()	円	
S H 年 月 日		別居	別居の場合は送金額を記入してください。 → 送金額 : 年間 円		
		同居	1 年金受給者(公的・個人年金) 2 給与収入(アルバイト・パート含む)がある者 3 事業所得・不動産所得・農業所得等のある者 4 年金受給者でなく、無職の者 5 その他()	円	
S H 年 月 日		別居	別居の場合は送金額を記入してください。 →		

※ 年間収入推計額は当該調査票作成日からむこう1年間(12ヶ月分)の収入について記入してください。