

扶養していないことの証明書

公立学校共済組合大阪支部長 様

住 所.....

氏 名.....

生年月日.....年 月 日

上記の者は、被扶養者.....について
(認定を受ける者)

①扶養手当又はこれに相当する手当を * { 支給しています
支給していません

②当健康保険（共済組合）の * { 被扶養者となっています
被扶養者となっていません

上記のことについて証明します。

令和 年 月 日

事業所名.....

代表者氏名..... 印

TEL.....

*については、該当する方を囲んでください。