



短期組合員 被扶養者申告書

(注：太枠内は記入しないこと)

☐ 認定 ☐ 記載事項変更申請

☐ 取消

☐ 再交付申請

☐ 資格情報のお知らせ
☐ 資格確認書

証回収日

令和 年 月 日

注) 証返納時は所属回収日を記入する

共済組合受付印

組合員証番号

課長

係長

担当

所属受付
年月日

令和 年 月 日

事務担当者

TEL ()

所属所名

所属コード

被扶養者名(姓)

(名)

フリガナ	
漢字	

続柄コード	性別
	男 1
	女 2

生年月日

元号	年	月	日
昭和： 3			
平成： 4			
令和： 5			

認定申告のとき被扶養者の状況を記入してください。

職 業	年間所得	事実発生日	扶養控除	扶養手当	担当者	扶養手当認定日
		令和 年 月 日	有 ・ 無	有 ・ 無		令和 年 月 日

要チェック

年間130万(180万)円未満及び
月額108,334(15万)円未満であること
【3カ月連続して月額上限を超えることはない】
()は60歳以上及び障害年金受給対象の被扶養者

住 所

郵便番号

—

自宅 TEL

()

フリガナ	
漢字	都・道 市 町 府・県 郡 村

認定(取消)年月日

判 定	コード	確定年月日
		令和 年 月 日

注)住民登録地(住民票上の住所)を必ず記入する。

申 告 理 由 欄	要件を備え又は欠に至った日及びその理由・再交付申請の理由・ 記載事項変更の内容及びその理由等を具体的に記入してください。

上記のとおり申告します。

公立学校共済組合佐賀支部長 様

令和 年 月 日

申告者 住所
(組合員) 氏名

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所属長 職名
氏名

※ 資格確認書の必要な方はいずれかに○。下段は理由にも○または記入のこと。

← カードを持っていない方が対象です。カードはマイナンバーカードです

← カードあり(病院の受診・カード切替・紛失・())

R6.11

事務局記載欄	送付日	資格情報のお知らせ	令和 年 月 日	資格確認書	令和 年 月 日
--------	-----	-----------	----------	-------	----------

申告書記入時の注意事項

申告理由	注 意 事 項	記 入 箇 所
共済資格申告	1. 年間所得推計額は、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、資産所得、事業所得、その他の所得の推定額を記入すること。（※貯蓄型や生命保険約款に基づく個人年金も収入に含む） 2. 申告の理由欄は、扶養事実の発生又は取消の理由を具体的に詳しく記入すること。 3. 扶養手当、児童手当の支給を受けている場合は、扶養控除有無の確認をするため給与事務担当者の証明印を必要とする。 4. 申告の理由欄は、主として組合員の収入により生計を維持されている事情を具体的に記入すること。	申告理由欄
資格情報のお知らせ 及 資格確認書 再交付申請	再交付申請の理由欄は、具体的に詳しく記入し、資格確認書の再発行の場合は右記の誓約書に記名・押印すること。	申告理由欄
記載事項変更	被扶養者にかかる記載事項に変更があったときは、遅滞なく申告書により申請すること。	申告理由欄

被扶養者にかかる給付の始期等

被扶養者にかかる給付は、次の区分により被扶養者として認定した日からおこなわれる。

1. 新たに組合員となった者に被扶養者の資格要件を備える者があるとき
- (1) 組合員の資格取得の日から30日以内に申告した日……組合員資格取得の日
- (2) 組合員の資格取得の日から30日経過後に申告した場合……所属長が申告書を受付た日
2. 組合員に新たに被扶養者の資格要件を備える者が生じたとき
- (1) 扶養事実が生じたときから30日以内に申告した場合……扶養事実発生の日
- (2) 扶養事実が生じたときから30日経過後に申告した場合……所属が申告書を受付た日

令和 年 月 日

公立学校共済組合佐賀支部長 様

所 属 名 _____
組 合 員 _____
氏 名 _____

（氏名は、本人が自署すること。）

誓 約 書

地方公務員等共済組合法施行規程第96条に基づき、表記のとおり資格確認書再交付申請書により申請いたしましたが、今後このようなことがないように充分注意いたすとともに組合において無効扱いとされた資格確認書が他の者に使用され、組合に損害を与えた場合は、その価額に異議なく弁償いたします。

なお、当該資格確認書によりその他の事故が発生した場合は、組合に迷惑をかけないことを誓約いたします。

※ 被扶養者申告の添付書類については、チェックリストを参照のこと。

続柄コード(平成20年4月～現在)

No.	コード	名 称	No.	コード	名 称	No.	コード	名 称
1	0	本人	24	31	父	44	71	曾祖父
2	01	夫	25	32	養父	45	72	伯父・叔父
3	02	妻	26	33	義父	46	73	甥
4	10	義子				47	74	義曾祖父
5	11	長男	27	41	母	48	75	義伯父・義叔父
6	12	二男	28	42	養母	49	76	義甥
7	13	三男	29	43	義母	50	77	曾孫
8	14	四男						
9	15	五男	30	51	兄	51	81	曾祖母
10	16	六男	31	52	弟	52	82	伯母・叔母
11	17	七男	32	53	祖父	53	83	姪
12	18	八男	33	54	義兄	54	84	義曾祖母
13	19	九男以上	34	55	義弟	55	85	義伯母・義叔母
14	20	養子・養女	35	56	義祖父	56	86	義姪
15	21	長女	36	57	孫	57	87	配偶者の曾孫
16	22	二女				58	90	子の配偶者
17	23	三女	37	61	姉	59	91	孫の配偶者
18	24	四女	38	62	妹	60	92	兄弟姉妹の配偶者
19	25	五女	39	63	祖母	61	93	甥姪の配偶者
20	26	六女	40	64	義姉	62	94	曾孫の配偶者
21	27	七女	41	65	義妹	63	95	伯(叔)父の配偶者
22	28	八女	42	66	義祖母	64	96	伯(叔)母の配偶者
23	29	九女以上	43	67	配偶者の孫	65	99	その他

短期組合員
被扶養者申告書

(注：太枠内は記入しないこと)

☒ 認定 ☐ 記載事項変更申請

☐ 取消
☐ 再交付申請

〔○資格情報のお知らせ
○資格確認書〕

証回収日
令和 年 月 日

注) 証返納時は所属回収日を記入する

共済組合受付印

所属受付欄の日付・氏名等の記入漏れがないようご注意ください。

組合員証番号							記入例【認定】						
5	6	7	8	9	1	0							
所属受付年月日				令和 7 年 4 月 1 日							事務担当者		
				TEL 0952 (25) 7777							担当者名		
所属所名							所属コード						
〇〇〇小学校							3 3 2 2 1 1						

被扶養者名(姓)										(名)									
フリガナ		コ ウ リ ツ								フリガナ		ハ ナ コ							
漢字		公 立								漢字		花 子							

続柄コード	性別	
02	男	1
妻	女	2

生年月日			
元号	年	月	日
昭和：3			
平成：4	5	0	1
令和：5	0	5	

認定申告のとき被扶養者の状況を記入してください。

要チェック

職 業	年間所得	事実発生日	扶養控除	扶養手当	担当者	扶養手当認定日	年間130万円未満及び 月額108334円未満であること (月額108334円を3か月超えることはない)
		令和 年 月 日	有・無	有・無		令和 年 月 日	

住 所	郵便番号	8 4 0 — 0 0 1 2	自宅 TEL	0952 (25) 1234
フリガナ	サ カ ケン サ カ シ		シ ヨ ウ ナ イ 2 — 3 — 3 0 4	
漢字	佐 賀 都・道 佐 賀 市郡 町村		城 内 2丁目3番3号 204号	

住民登録地を記入

認定(取消)年月日		
判 定	コード	確定年月日
		令和 年 月 日

注) 住民登録地(住民票上の住所)を必ず記入する。

申告理由欄	要件を備え又は欠くに至った日及びその理由・再交付申請の理由・記載事項変更の内容及びその理由等を具体的に記入してください。
令和7年4月1日資格取得のため	

※ 資格確認書の必要な方はいずれかに○。下段は理由にも○または記入のこと。	
	← カードを持っていない方が対象です。カードはマイナンバーカードです
	← カードあり(病院の受診・カード切替・紛失・())

上記のとおり申告します。		
公立学校共済組合佐賀支部長		
令和 7 年 4 月 1 日		
申告者	住所	佐賀市城内2-3-3 204
(組合員)	氏名	公 立 太 郎
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。		
令和 7 年 4 月 1 日		
所属長	職名	〇〇〇小学校長
	氏名	本 庄 三 男

申告者・所属長欄の日付・氏名等の記入漏れがないようご注意ください。