

被扶養者申告書
【取消】

所属 所受 付 日		共 済 受 付 日	
--------------------	--	-----------------------	--

組合員番号		所属コード	
組合員氏名		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日

続柄※	被扶養者氏名	被扶養者生年月日			年齢	性別
	(カナ)	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	☐ 男 ☐ 女
被扶養者職業		年間総収入推計額	円			
被扶養者住所	組合員と別居している場合は、住所を記入してください。					
	☐ 同居 ☐ 別居	〒 -				
住所が海外の場合は、その理由						

※ 続柄欄には「実父」、「義母」等具体的に記入してください。（子の場合はすべて「子」の表記で結構です。）

資格喪失後に国民健康保険へ加入される等のため**資格喪失証明書**が必要な方は下記にチェックしてください

☐ 被扶養者認定取消により資格喪失する被扶養者の資格喪失証明書の交付を希望します。

《注意点》

- ・被扶養者資格喪失証明書は、組合員所属所あてに親展で郵送します。
- ・組合員の退職に伴う資格喪失の場合は、所属所より交付される「退職証明書」に組合員とともに被扶養者情報も記載されますのでそちらをご利用ください。

被扶養者の要件を欠くに 至った年月日（事実発生日）	取消の理由	証返納の有無
令和 年 月 日		☐ 有 ☐ 無

上記のとおり申告します。

公立学校共済組合滋賀支部長 様

組合員住所

令和 年 月 日

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。

所属所名

令和 年 月 日

所属所長名

共 済 組 合 確 認 欄						
取 消 日	年 月 日		備 考		入 力	/
国年3号	☐ 対 象 ☐ 対象外	☐ 提出済 ☐ 提出依頼中			照 合	

被扶養者申告書
【取消】

所属 所受 付 日	所属所 受付印	共 済 受 付 日	
--------------------	------------	-----------------------	--

組合員番号	1	2	3	4	5	6	7	所属コード	8	9	1	0			
組合員氏名	公立 太郎							生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成	60	年	7	月	7	日

続柄※	被扶養者氏名		被扶養者生年月日			年齢	性別							
妻	(カナ) コウツ ハコ		☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日								
	公立 花子		6	0	0	1	0	1	39	☐ 男 ☒ 女				
	被扶養者職業		会社員		年間総収入推計額		2,000,000 円							
被扶養者住所		組合員と別居している場合は、住所を記入してください。												
		☒ 同居 ☐ 別居	〒 -											
住所が海外の場合は、その理由														

※ 続柄欄には「実父」、「義母」等具体的に記入してください。（子の場合はすべて「子」の表記で結構です。）

資格喪失後に国民健康保険へ加入される等のため資格喪失証明書が必要な方は下記にチェックしてください

☐ 被扶養者認定取消により資格喪失する被扶養者の資格喪失証明書の交付を希望します。

《注意点》

- ・被扶養者資格喪失証明書は、組合員所属所あてに親展で郵送します。
- ・組合員の退職に伴う資格喪失の場合は、所属所より交付される「退職証明書」に組合員とともに被扶養者情報も記載されますのでそちらをご利用ください。

添付書類

- ・「資格確認書の写し」
- ・「資格情報のお知らせの写し」
- ・採用辞令の写し など

被扶養者の要件を欠くに 至った年月日（事実発生日）	証返納の有無
令和 6 年 12 月 2 日	☒ 有 ☐ 無

就職のため

上記のとおり申告します。

公立学校共済組合滋賀支部長 様

組合員住所 大津市〇〇一丁目1-1

令和 6 年 12 月 2 日

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。

所属所名 大津市立びわこ小学校

令和 6 年 12 月 5 日

所属所長名 滋賀 一郎

共 済 組 合 確 認 欄					
取 消 日	年	月	日	備 考	入 力
国年3号	☐ 対 象 ☐ 対象外	☐ 提出済 ☐ 提出依頼中			/
					照 合

被扶養者申告書
【取消】

所属 所受 付日	所属所 受付印	共 済 受 付 日	
----------------	------------	-----------------------	--

組合員番号	1	2	3	4	5	6	7	所属コード	8	9	1	0			
組合員氏名	公立 太郎							生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成	60	年	7	月	7	日

続柄※	被扶養者氏名		被扶養者生年月日			年齢	性別		
妻	(カナ) コウツ ハナ		☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日		☐ 男 ☒ 女	
	公立 花子		6	0	0	1	0	1	39
	被扶養者職業		会社員		年間総収入推計額		2,000,000 円		
被扶養者住所		組合員と別居している場合は、住所を記入してください。							
		☒ 同居 ☐ 別居	〒 -						
住所が海外の場合は、その理由									

※ 続柄欄には「実父」、「義母」等具体的に記入してください。（子の場合はすべて「子」の表記で結構です。）

資格喪失後に国民健康保険へ加入される等のため資格喪失証明書が必要な方は下記にチェックしてください

☒ 被扶養者認定取消により資格喪失する被扶養者の資格喪失証明書の交付を希望します。

《注意点》

- ・被扶養者資格喪失証明書は、組合員所属所あてに親展で郵送します。
- ・組合員の退職に伴う資格喪失の場合は、所属所より交付される「退職証明書」に組合員とともに被扶養者情報も記載されますのでそちらをご利用ください。

被扶養者の要件を欠くに 至った年月日（事実発生日）	取消の理由	証返納の有無
令和 7 年 1 月 1 日	収入超過のため	☒ 有 ☐ 無

上記のとおり申告します。

公立学校共済組合滋賀支部長 様

令和 7 年 1 月 10 日

組合員住所 大津市〇〇一丁目 1 - 1

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 1 月 10 日

所属所名 大津市立びわこ小学校

所属所長名 滋賀 一郎

共 済 組 合 確 認 欄						
取 消 日	年	月	日	備 考	入 力	/
国年3号	☐ 対 象 ☐ 対象外	☐ 提出済 ☐ 提出依頼中			照 合	

被扶養者申告書
【取消】

所属 所受 付 日	所属所 受付印	共 済 受 付 日	
--------------------	------------	-----------------------	--

組合員番号	1	2	3	4	5	6	7	所属コード	8	9	1	0			
組合員氏名	公立 太郎							生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成	60	年	7	月	7	日

続柄※	被扶養者氏名		被扶養者生年月日				年齢	性別	
実母	(カナ) コウツ ヒロコ		☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日		☐ 男 ☒ 女	
	公立 和子		2	4	0	1	0	2	75
	被扶養者職業		年間総収入推計額				円		
被扶養者住所		組合員と別居している場合は、住所を記入してください。							
		☐ 同居 ☐ 別居	〒 -						
住所が海外の場合は、その理由									

※ 続柄欄には「実父」、「義母」等具体的に記入してください。（子の場合はすべて「子」の表記で結構です。）

資格喪失後に国民健康保険へ加入される等のため資格喪失証明書が必要な方は下記にチェックしてください

☐ 被扶養者認定取消により資格喪失する被扶養者の資格喪失証明書の交付を希望します。

《注意点》

- ・被扶養者資格喪失証明書は、組合員所属所あてに親展で郵送します。
- ・組合員の退職に伴う資格喪失の場合は、所属所より交付される「退職証明書」に組合員とともに被扶養者情報も記載されますのでそちらをご利用ください。

被扶養者の要件を欠くに 至った年月日（事実発生日）	取消の理由	証返納の有無
令和 7 年 1 月 2 日	75歳到達のため(後期高齢者医療制度の被保険者になったため)	☒ 有 ☐ 無

上記のとおり申告します。

公立学校共済組合滋賀支部長 様

組合員住所 大津市〇〇一丁目1-1

令和 7 年 1 月 10 日

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。

所属所名 大津市立びわこ小学校

令和 7 年 1 月 10 日

所属所長名 滋賀 一郎

共 済 組 合 確 認 欄					
取 消 日	年	月	日	備 考	入 力
国年3号	☐ 対 象 ☐ 対象外	☐ 提出済 ☐ 提出依頼中			/
					照 合