

オンライン入力済み

# 被扶養者認定取消申告書

※ 共済組合受付印

年 月 日	組 合 員 等 記 号 ・ 番 号	公立島根
-------	----------------------	------

組 合 員 氏 名	所 属 所 名	※ 送 付 日
生 年 月 日	所 属 所 コ ー ド	

認定(取消)を受けようとする者の氏名	生年月日				性 別	続 柄	年間所得 推計額 職 業	同居・ 別居 の 別	扶養手当 支給の有無 給与事務 担当者 証 明 印	被扶養者の要件を備え 又は欠くに至った年月日 その 理 由	資格喪失 証明書 (国保加入・ 扶養替え の場合)	※ 認定 項目	※ 認定年月日				※ 取消年月日				※ 判定 1 認定 2 継続 3 取消
	年 号	年	月	日									年 号	年	月	日	年 号	年	月	日	
フリガナ							円	同居・ 別居	有・無 (印)	令和 年 月 日	要・不要									<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
住民票上の住所 (同居・別居にかかわらず必ず記載)	〒								住民票が国内 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 海外赴任中の出生・婚姻 にない場合 <input type="checkbox"/> 海外赴任への同行 <input type="checkbox"/> その他 ( )				※国民年金第3号被保険者関係届の受領確認 <input type="checkbox"/> 受領済								
認定日前に加入していた健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 組合員の被扶養者 <input type="checkbox"/> 組合員以外の被扶養者 <input type="checkbox"/> 勤務先の健康保険 (任意継続含む)																				
フリガナ							円	同居・ 別居	有・無 (印)	令和 年 月 日	要・不要									<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
住民票上の住所 (同居・別居にかかわらず必ず記載)	〒								住民票が国内 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 海外赴任中の出生・婚姻 にない場合 <input type="checkbox"/> 海外赴任への同行 <input type="checkbox"/> その他 ( )				※国民年金第3号被保険者関係届の受領確認 <input type="checkbox"/> 受領済								
認定日前に加入していた健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 組合員の被扶養者 <input type="checkbox"/> 組合員以外の被扶養者 <input type="checkbox"/> 勤務先の健康保険 (任意継続含む)																				
フリガナ							円	同居・ 別居	有・無 (印)		要・不要									<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
住民票上の住所 (同居・別居にかかわらず必ず記載)	〒								住民票が国内 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 海外赴任中の出生・婚姻 にない場合 <input type="checkbox"/> 海外赴任への同行 <input type="checkbox"/> その他 ( )				※国民年金第3号被保険者関係届の受領確認 <input type="checkbox"/> 受領済								
認定日前に加入していた健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 組合員の被扶養者 <input type="checkbox"/> 組合員以外の被扶養者 <input type="checkbox"/> 勤務先の健康保険 (任意継続含む)																				

所 属 所 受 付 印	本書のとおり申告します。 公立学校共済組合島根支部長 様 令和 年 月 日 住所 〒 - 申告者 (組合員) 氏名 _____ (自署によらない場合は押印が必要です。)	本書の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 〒 - 所属所所在地 所属所名 所属所長職氏名 _____ (公印) (担当者氏名: _____ 電話番号: _____)
-------------	---	--

※事務次長	※ 部 門 員
-------	---------

個人番号届出書を同封しました。  
 (個人番号届出書を添付のうえ、こちらの□にチェックをつけてください。内定時に個人番号報告書を提出された正規職員については個人番号届出書の同封は不要です。)

オンライン入力済み  
年 月 日

# 被扶養者認定取消申告書

※ 共済組合受付印

組合員等  
記号・番号 公立島根 ○○○○○○○○

組合員氏名 共済太郎 所属所名 ○○○小学校 ※ 送付日

生年月日 昭和・平成 ○○年○○月○○ 所属所コード ○○○○○○

同居又は別居の該当する方に必ず「○」を記入。

認定(取消)を受けようとする者の氏名	生年月日				性別	続柄	年間所得推計額 職業	同居・別居の別	扶養手当支給の有無 給与事務担当者証明印	被扶養者の要件又は欠けに その理由	資格喪失証明書 (国保加入・扶養替えの場合)	※ 認定項目	認定年月日			取消年月日			※ 判定 1 認定 2 継続 3 取消
	年号	年	月	日									年号	年	月	日	年号	年	
キウサイ ハナコ 共済花子	平成	○	○	○	女	妻	500,000円 パート	同居 別居	有・無 担当 者印	令和○○年 ○月 ○日 離職し、収入が減ったため。	要・不要								<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

取消申告で、取消後に国保に加入又は扶養替えに伴う取消の場合にのみ、いずれかに「○」を記入。

住民票上の住所 (同居・別居にかかわらず必ず記載) 〒○○○-○○○ ○○県○○市○○町○○

認定日前に加入していた健康保険 国民健康保険 組合員の被扶養者 組合員以外の被扶養者 勤務先の健康保険 (任意継続含む)

キウサイ ジロウ 共済次郎	令和	○	○	○	男	長男	0円 学生	同居 別居	有・無 (印)	令和○○年 ○月 ○日 休業により減収したため。	要・不要								<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
------------------	----	---	---	---	---	----	----------	----------	------------	-----------------------------	------	--	--	--	--	--	--	--	--

同居・別居にかかわらず、必ず記入すること。

住民票上の住所 (同居・別居にかかわらず必ず記載) 〒○○○-○○○ ○○県○○市○○町○○

認定日前に加入していた健康保険 国民健康保険 組合員の被扶養者 組合員以外の被扶養者 勤務先の健康保険 (任意継続含む)

※国民年金第3号被保険者関係届の受領確認  受領済

所属所受付印

本書のとおり申告します。

公立学校共済組合島根支部長 様  
令和○○年 ○月○○日 〒○○○-○○○

申告者(組合員) 住所 ○○市○○町○○

氏名 共済太郎  
(自署によらない場合は押印が必要です。)

受付印は必ず押印してください

本書の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和○○年○月○○日 〒○○○-○○○

所属所所在地 ○○市○○町○○

所属所名 ○○○小学校

所属所長職氏名 校長 公立 月子

(担当者氏名: 公立三郎 電話番号: ○○-○○○)

○○○小学校長印

※事務次長 ※部門員

個人番号届出書を同封しました。

(個人番号届出書を添付のうえ、こちらの□にチェックをつけてください。内定時に個人番号報告書を提出された正規職員については個人番号届出書の同封は不要です。)