

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	年月日
組合員等 記号・番号	公立島根
組合員氏名	所属所名
生年月日	昭和・平成 年 月 日
	所属所 コード

任意継続組合員	※ 送付日
---------	-------

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)	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)																				

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 (〒) <input type="text"/> - <input type="text"/> 令和 年 月 日 住所 申告者 (組合員) 氏名 <input type="text"/> (自署によらない場合は押印が必要です。) <input type="checkbox"/> 個人番号届出書を同封しました。 <small>(新規認定時には、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。)</small>

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 (〒) <input type="text"/> - <input type="text"/> 所属所所在地 所属所名 所属所長職氏名 <input type="text"/> (公印) (担当者氏名: 電話番号: )
--

※事務次長	※ 部 門 員
-------	---------

