

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

組合員等
記号・番号 公立島根

組合員氏名 所属所名

任意継続組合員

※ 送付日

生年月日 昭和・平成 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。	本書の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
	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。)	令和 年 月 日 〒 - 所属所所在地 所属所名 所属所長職氏名 _____ (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。
(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。)

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

組合員等
記号・番号 公立島根 〇〇〇〇〇〇〇〇

組合員氏名 **共済太郎** 所属所名

任意継続組合員

※ 送付日

生年月日 昭和(平成)〇〇年〇〇月〇〇 所属所コード

同居又は別居の該当する方に必ず「〇」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	被扶養者の妻 又は欠くに たる理由	資格喪失 証明書 (国保加入・ 扶養替え の場合)	認定年月日				取消年月日				※ 判定		
	年号	年	月	日								年号	年	月	日	年号	年	月	日	1 認定	2 継続	3 取消
キウサイ ハナコ 共済花子	平成	〇	〇	〇	〇	〇	女 妻 500,000円 パート	同居 別居	有・無 (印)	令和〇〇年 〇月 〇日 退職し、収入が減ったため。	要・不要										<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
住民票上の住所 (同居・別居にかかわらず必ず記載)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇								住民票が国内 □留学 □海外赴任中の出生・婚姻 にない場合 □海外赴任への同行 □その他()								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)																					
キウサイ ジロウ 共済次郎	令和	〇	〇	〇	〇	〇	男 長男 0円 学生	同居 別居	有・無 (印)	令和〇〇年 〇月 〇日 共済手当を減らされたため。	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)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇								住民票が国内 □留学 □海外赴任中の出生・婚姻 にない場合 □海外赴任への同行 □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)																					
住民票上の住所 (同居・別居にかかわらず必ず記載)																	※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)																					

同居・別居にかかわらず、必ず記入すること。

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「〇」を記入。

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
令和〇〇年 〇月〇〇日 住所 〒 〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇
申告者(組合員) 〇〇市〇〇町〇〇

氏名 共済太郎
(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。
(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。)