

3 所得(収入)の有無

有無に記入し、有りの場合は収入額の内訳を記入して下さい。

収入額の内訳						備考欄
1	遺族年金	有・無	年額		円	
2	障害年金	有・無	年額		円	
3	個人年金等	有・無	年額		円	
4	上記以外の年金	有・無	年額		円	
5	事業・農業等所得	有・無	年額		円	
6	給与収入(アルバイト等含む)	有・無	月額		円	
7	雇用保険	有・無	日額		円	
8	資産収入(地代・家賃・利子等)	有・無	年額		円	
9	その他	有・無	年額		円	
合計額					円	

収入無

- 1 これまで働いた経験がない
- 2 退職 (雇用保険について、該当項目はすべて記入して下さい。)
 - 雇用保険適用外の勤務
 - 雇用保険の権利放棄 (公共職業安定所の証明書又は離職票を添付)
 - 雇用保険受給申請中
 - 雇用保険受給終了 終了日 (年 月 日) (受給終了証明添付)
- 3 その他 (

4 扶養義務のある他の親族について

- 有 氏名 _____ 続柄 _____
 - ① 生活援助の有無 有 毎月 _____ 円 臨時 _____ 円
 - 無
 - ② 扶養手当の支給対象者 なっている なっていない
 - ③ 源泉所得税の控除対象 なっている なっていない
- 無

5 その他

医療費公費負担の認定となっているものはありますか。

- 重度心身障害者医療費助成 有 無

6 家族構成(同居・別居を含め全員について記入して下さい。)

氏名	続柄	生年月日	職業	勤務先	同居・別居	年間収入	健康保険の状況
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					

生計の状況は、上記のとおり私が扶養している事を申し立てます。

なお、今後収入が被扶養者認定基準額を超えた時など取消事由が発生した場合には速やかに届け出るとともに、認定取消日以後に受けた給付がある場合には共済組合からの請求により返還します。

令和 年 月 日

公立学校共済組合徳島支部長 殿

任意継続組合員氏名



(自署の場合省略可)