



所属機関名
任意継続組合員

組合員証番号

被扶養者認定・取消申告書

組合員氏名	生年月日	認定・取消年月日
	昭平 年 月 日	令和 年 月 日

1	認定・取消者氏名	性別	続柄	生年月日	同居の有無	扶養手当受給の有無	障害 級 号	被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及び理由	判定
カナ				昭平 令	同居の有無	扶養手当受給の有無	障害 級 号	被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及び理由	判定 認定 取消
漢字				年 月 日					
職業	年間所得推計額	現住所			有 無	無			理由
					有 無	無			
2	認定・取消者氏名	性別	続柄	生年月日	同居の有無	扶養手当受給の有無	障害 級 号	被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及び理由	判定
カナ				昭平 令	同居の有無	扶養手当受給の有無	障害 級 号	被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及び理由	判定 認定 取消
漢字				年 月 日					
職業	年間所得推計額	現住所			有 無	無			理由
					有 無	無			

上記のとおり申告します。

公立学校共済組合鳥取支部長 様

申告者

住所
氏名



令和 年 月 日

- 年間所得推計額は、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、資産所得、事業所得、その他の所得の推計額を記入してください。
- 扶養事実の発生（消滅）の理由は、具体的に詳しく書いてください。なお、被扶養者の認定（取消）を受けようとする者が老人保健法第25条第1項第2号の規定による障害の認定を受けている場合には、当該欄にその者に係る健康手帳の医療の受給資格を証するページに記載された有効期間を記入してください。
- 備考欄には、遺族年金の有無等を記入してください。
- 太線内のみ、記入してください。

被扶養者認定・取消の申告を行う際は、必ず当支部まで連絡してください。この様式は、コピーして使用してください。

備考	
----	--

記 載 上 の 注 意 事 項

1. この申告書は、被扶養者の要件を備え又は欠くに至った日から30日以内に所属所長へ提出してください。
※認定の場合、被扶養者の要件を備えた日から30日を超えて申告があったときは、申告があった日からの認定となります。
2. 「年間所得推計額」欄は、その者の恒常的な収入として見込まれる給与所得・事業所得・資産所得、その他の所得について被扶養者の要件を備え又は欠くに至った日から今後1年間の推計額を記載してください。
※所得は、課税対象か否かにかかわらず恒常的収入で判断します。遺族年金・障害年金・個人年金等も所得とみなします。
3. 「扶養手当受給の有無」欄は、申請中の場合も含めて該当する方に丸をしてください。申請中の場合は、欄の余白に「申請中」と記入してください。
4. 扶養手当の支給を受けている者について認定を受けようとするときは、給与事務担当者の証明印を受けてから提出してください。
5. 「被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及び理由」欄は、具体的に記載してください。なお、被扶養者の認定(取消し)を受けようとする者が高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の規定による障害の認定を受けている場合には、当該欄にその者に係る被保険者証に記載された資格取得年月日及び有効期間を記入してください。
6. 「基礎年金番号」欄は、配偶者を新たに被扶養者に認定する場合のみ記載してください。再認定及び取消の場合は、記載する必要はありません。
7. この申告書には、被扶養者としての要件を備え又は欠くに至った年月日が確認できる書類等を必ず添付してください。
8. 太線内のみ記載してください。