

被扶養者取消に関する確認書

所属機関名	組合員氏名						
	組合員証番号						

氏名		性別	男 女	生年月日	昭和 平成	年	月	日
				年齢			歳	
就職年月日		平成・令和		年	月	日		
健康保険制度の被保険者資格を取得した年月日（又は取得予定年月日）		平成・令和		年	月	日		
		（平成・令和		年	月	日）		
上記の保険者名称								
賃金の支給形態		時給・日給・月給・その他（ ）						
就職後の収入	下欄以外の者	1	月額 108,334円未満 かつ 年額 130万円未満	平成・令和	年	月	日	から
		2	月額 108,334円以上 又は 年額 130万円以上	平成・令和	年	月	日	から
	60歳以上の公的年金受給者等	3	月額 150,000円未満 かつ 年額 180万円未満	平成・令和	年	月	日	から
		4	月額 150,000円以上 又は 年額 180万円以上	平成・令和	年	月	日	から
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>公立学校共済組合山梨支部長 殿</p> <p>年 月 日</p> <p>事業所名 所在地 代表者名 電話番号</p> <p style="text-align: right;">印</p>								

(注) 記入の詳細については、記入例を参照してください。
公立学校共済組合員の被扶養者認定取消に関し、上記の内容を確認する必要がありますので、証明をお願いします。

被扶養者取消に関する確認書

被扶養者の就職による取消は、就職先の保険証の写し又は就職日がわかる書類の添付となっています。これらの添付ができない場合にこの様式を使用してください。

氏名	共済 花子		性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	生年月日	昭和 平成	〇年〇月〇日
					年齢	22	歳
就職年月日			平成	<input checked="" type="radio"/> 令和	〇年〇月〇日		
健康保険制度の被保険者資格を取得した年月日（又は取得予定年月日）			平成	<input checked="" type="radio"/> 令和	〇年〇月〇日	(平成・令和 年 月 日)	
上記の保険者名称			全国健康保険協会 〇〇支部				
賃金の支給形態			時給・日給 <input checked="" type="radio"/> 月給・その他 ()				
入 下欄以外の者 60歳以上の公的年金受給者等	1	月額 108,334円未満 かつ 年額 130万円未満	平成 令和	年	月	日から	
	<input checked="" type="radio"/> 2	月額 108,334円以上 又は 年額 130万円以上	平成 令和	〇年	〇月	〇日から	
	3	月額 150,000円未満 かつ 年額 180万円未満	平成 令和	年	月	日から	
	4	月額 150,000円以上 又は 年額 180万円以上	平成 令和	年	月	日から	

該当する番号に〇

上記のとおり相違ないことを証明します。

公立学校共済組合山梨支部長 殿

令和 〇年 〇月 〇日

勤務先の証明

事業所名 株式会社 〇〇〇〇

所在地 山梨県甲府市〇—〇—〇 △△ビル

代表者名 ●● ●●

電話番号 〇55-〇〇〇-△△△△

印

(注) 記入の詳細については、記入例を参照してください。
公立学校共済組合員の被扶養者認定取消に関し、上記の内容を確認する必要がありますので、証明をお願いします。