

被扶養者取消に関する確認書

所属機関名	組合員氏名						
	組合員番号						

※就職先の「資格情報のお知らせ」又は「就職日がわかる書類」を提出できない場合に使用

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		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）		令和		年	月	日		
		（		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	令和	年	月	日	から
		2	月額 108,334円以上 又は 年額 130万円以上	令和	年	月	日	から
	60歳以上又は 障害年金受給者等	3	月額 150,000円未満 かつ 年額 180万円未満	令和	年	月	日	から
		4	月額 150,000円以上 又は 年額 180万円以上	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

※就職先の「資格情報のお知らせ」又は「就職日

この様式は、就職による取消の場合、以下の書類が添付ができないときのみ使用してください。

- ・就職先の「資格情報のお知らせ」
- ・「就職日がわかる書類」

氏名	共済 花子		性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	生年月日	昭和 <input type="text"/> 平成 <input type="text"/>	○年 ○月 ○日
					年齢	22	歳
就職年月日	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）	令和 ○年 ○月 ○日 (令和 ○年 ○月 ○日)						
上記の保険者名称	全国健康保険協会 ○○支部						
賃金の支給形態	時給・日給 <input checked="" type="radio"/> 月給 <input type="radio"/> その他 ()						
入 下欄以外の者 60歳以上又は 障害年金受給者等	1	月額 108,334円未満 かつ 年額 130万円未満	令和 ○年 ○月 ○日から				
	2	月額 108,334円以上 又は 年額 130万円以上	令和 ○年 ○月 ○日から				
	3	月額 150,000円未満 かつ 年額 180万円未満	令和 ○年 ○月 ○日から				
	4	月額 150,000円以上 又は 年額 180万円以上	令和 ○年 ○月 ○日から				

該当する番号に○

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 ○年 ○月 ○日

勤務先の証明

事業所名 株式会社 ○○○○

所在地 山梨県甲府市○—○—○ △△ビル

代表者名 ●● ●●

電話番号 055-○○○-△△△△

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。