

被扶養者⑧ 取消（就職、所得限度額超過、死亡等）



ア 組合員証番号 **900111**  
 イ 職名

組合員・被扶養者申告書

(記入の仕方は《記入上の注意》を参照してください)

共済組合  
受付印

組合員に関する事項				ウ				エ				オ				カ				キ				
氏名(漢字)				氏名(カナ)				性別	生年月日			所属異動年月日			所属所コード		共済種別		共済資格取得日			共済資格喪失日		

②	1. 新規採用 2. 転入 3. 転出 4. 退職 5. 死亡	金融機関 確認印	公費負担 医療	前歴関係	添付書類	申告区分	記入箇所	様式	申告区分	記入箇所	様式
1	組合員資格取得届書			有・無 取得前の共済組合名	受給中の年金証書の写を添付	1	ア・イ・ウ・オ・カ・ク・ケ・サ・シ・フ	施第13号	5	被扶養者認定申告書	ア・タ・チ・ト〜フ 施第
2	組合員異動届書			資格取得前の公務員期間の有無	有→( )	2	転入 ア・イ・ウ・オ・ク・ケ・サ・シ・フ 退職等 ア・イ・ウ・キ・ク・フ	運第1号	6	被扶養者取消申告書	ア・タ・チ・ト〜ネ・ハ・フ 15号
3	組合員証等記載事項変更申告書			基礎年金番号		3	ア・フ及び次の変更箇所 イ・ウ・オ・カ・ク・シ・ス・タ・チ	運第4号	7	被扶養者継続認定申出書	ア・タ・チ・ト〜ハ・フ 認定1号
4	公費負担医療費制度該当・非該当報告書					4	組合員 ア・コ・フ 被扶養者 ア・チ・テ・フ	給第24号	※該当の区分番号を○で囲んでください		

シ 郵便番号 現住所(漢字) 現住所(カナ)

ス 旧氏名 改姓年月日 旧住所

被扶養者に関する事項

被扶養者氏名(漢字)				被扶養者氏名(カナ)				性別	続柄	生年月日			認定年月日	事由	取消年月日	事由	重身	ひと親とり	扶養手当受給の有無	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	職業	年間総収入見込額
共済 和美				キョウサイ カスミ				2	1	3	6	2	0	3	1	5			有・無	印	××年 ×月 ×日	会社員	約360万 円
同居・別居の別				住所(住民登録住所) : ☎101-0062 東京都千代田区神田駿河台2-9-5																印	年月日		円

⑥ <配偶者を被扶養者として認定する場合は記入してください>  
 配偶者基礎年金番号 - ※国民年金第3号被保険者資格取得届書  同時に送付します

上記のとおり申告します。~~(別添のとおり組合員証・被扶養者証を返納します。)~~  
 公立学校共済組合和歌山支部長 様 〒649-0304 TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇  
 平成〇年〇月〇日 住所 有田市箕島26  
 組合員氏名 共済 太郎 印  
 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 所属所コード 699999  
 平成〇年〇月〇日 所属所名 △△小学校  
 〒640-0000 所在地 △△市××524 所属所長  
 TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇 職氏名 校長 福利次郎 印

甲	理由	在学中の学校名	学 年
⑦	(例) 就職により他の健康保険に加入したため	〇〇福祉専門学校	1 年生
	公的年金等の増額により所得限度額以上の収入になったため	入 学 年 月 日	卒業予定年月日
	母 〇年〇月〇日死亡のため	××年 4 月 1 日	〇〇年 3 月 31 日

※被扶養者証等を添付願います。