

【認定用】被扶養者等申告書

※事実発生日の翌日から5日以内に提出してください。

【注意】

黒または青のボールペンで記入してください。
(消せるボールペンは使用不可)

認定対象者について以下のとおり申告します。

記入した事項について事実と相違ありません。また、認定後において、認定要件を欠いた場合には速やかに届出します。

なお、虚偽の申告または届出を怠り給付金を受給した場合は、速やかに共済組合あて返還することを誓約します。

【送付先】〒330-9793 埼玉県さいたま市中央区新都心3-1 日本郵政共済組合 共済センター 被扶養者担当 あて

令和 年 月 日提出

①組員番号 (=社員番号8桁)	②過去に郵政グループ各社に 勤めていたことがある	1.はい 2.いいえ	③ 「1.はいの場合、左記④の 社員番号と異なる場合は その際の社員番号を記入												
④組員氏名 (フリガナ) (姓) (名)	⑤生年月日		3.昭和 4.平成	年	月	日	⑥配偶者の有無		1.有 2.無						
⑦現住所	〒		都道		府県										
⑧平日昼間 連絡先TEL	()		⑨勤務局所 TEL		()		⑩勤務局所		郵便局 店 本社 支社 部 課 係 支 店 等						
⑪向こう1年の収入推計額 (年収)		円		⑫単身赴任 ※該当する方のみ記入		1.はい 2.いいえ		⑬ ②が「1.はい」の場合、 住民票登録は単身赴任先でしょうか		1.はい 2.いいえ					

①認定対象者氏名	※本名表記のみ(通称名不可) 外字の場合ご希望に添えない場合があります。										
	(フリガナ) (姓)	(名)	(フリガナ) (姓)	(名)							
②続柄・性別	続柄	性別	1.男 2.女	続柄	性別	1.男 2.女					
③生年月日	3.昭和 4.平成 5.令和	年	月	日	3.昭和 4.平成 5.令和	年	月	日			
④配偶者の有無	認定対象者が配偶者以外で、かつ、18歳以上の場合は配偶者の有無について○をつけてください。		1.有 2.無	認定対象者が配偶者以外で、かつ、18歳以上の場合は配偶者の有無について○をつけてください。		1.有 2.無					
⑤職業 ※現在の状況をお知らせください。	1.無職(収入のない中学生以下含む) 3.自営業		2.パート・アルバイト 4.その他()		1.無職(収入のない中学生以下含む) 3.自営業		2.パート・アルバイト 4.その他()				
⑥向こう1年の収入推計額 (年収)	※過去の収入は記入しないでください。課税、非課税問わず全ての税控除前の収入の合算金額を記入してください(所得金額ではありません)。										
	円					円					
⑦収入の種類 ※⑥の収入に該当するものを全てに○をつけてください。	1.給与(賞与、交通費等含む) 3.企業年金・個人年金 5.配当金(株式・投信等) 7.傷病手当金 9.その他()		2.年金(老齢・退職・遺族・障害) 4.事業収入・不動産収入 6.雇用保険(失業給付) 8.年金生活者支援給付金		1.給与(賞与、交通費等含む) 3.企業年金・個人年金 5.配当金(株式・投信等) 7.傷病手当金 9.その他()		2.年金(老齢・退職・遺族・障害) 4.事業収入・不動産収入 6.雇用保険(失業給付) 8.年金生活者支援給付金				
⑧住所	※「別居」の場合は、別途、送金の証明書(組員→認定対象者)の添付が必要となります。送金金額は認定対象者の収入額以上です。										
	1.同居 2.別居		1.同居 2.別居								
⑨海外特例要件 ※国内居住要件の例外に該当する場合記入	1.留学 2.同行家族 3.結婚 4.出生 5.特定活動 6.その他()		1.留学 2.同行家族 3.結婚 4.出生 5.特定活動 6.その他()								
⑩雇用保険の受給状況 (失業給付)	1.受給資格なし 2.受給しない 3.受給中 4.受給終了 5.待機中(年 月 日受給開始予定) 6.期間延長		1.受給資格なし 2.受給しない 3.受給中 4.受給終了 5.待機中(年 月 日受給開始予定) 6.期間延長								
⑪現在の健康保険 加入状況	1.国保(市区町村) 2.社保 3.未加入			1.国保(市区町村) 2.社保 3.未加入							
⑫基礎年金番号	※65歳未満の長期組員の方で、認定対象者が20歳以上60歳未満の配偶者のみ記入してください。(短期組員及び任意継続組員の配偶者は記入不要)										
	-										
⑬被扶養者の要件を 備えるに至った理由	1.採用 2.結婚 3.出生 4.退職 5.収入減少 6.雇用保険受給終了 7.扶養替 8.雇用条件変更 9.その他()		1.採用 2.結婚 3.出生 4.退職 5.収入減少 6.雇用保険受給終了 7.扶養替 8.雇用条件変更 9.その他()								
⑭被扶養者の要件を備える に至った年月日	令和 年 月 日					令和 年 月 日					
⑮認定対象者の マイナンバー	別添、被扶養者等申告書(マイナンバー) のとおり										

以下は共済組合で使用しますので、記入しないでください。

受付印	認定年月日	令和 年 月 日	認定年月日	令和 年 月 日		
	認定審査	1番 □ (印)	2番 □ (印)	認定審査	1番 □ (印)	2番 □ (印)
	システム入力	令和 年 月 日 (印)	システム入力	令和 年 月 日 (印)		
	配偶者3号 資格取得日	令和 年 月 日	配偶者3号 資格取得日	令和 年 月 日		

記載例

記号一 番号 01234567
氏名 共済 太郎

申告書

※記入してください。

組合員番号

【注意】

黒または青のボールペンで記入してください。
(消せるボールペンは使用不可)

認定対象者について以下のとおり申告します。

記入した事項について事実と相違ありません。また、認定後において、認定要
なお、虚偽の申告または届出を怠り給付金を受給した場合は、速やかに共済

令和 〇 年 〇 月 〇 日提出

【送付先】〒330-9793 埼玉県さいたま市中央区新都心3-1 日本郵政共済組合 共済センター 被扶養者担当 あて

①組合員番号 (=社員番号8桁)	0 1 2 3 4 5 6 7	②過去に郵政グループ各社に働 めていたことがある	1.はい 2.いいえ	③「1.はいの場合、左記④の 社員番号と異なる場合は その際の社員番号を記入	
④組合員氏名 (フリガナ) (姓)	キョウサイ 共済	タロウ 太郎	⑤生年月日	③昭和 4.平成	⑥配偶者の有無 1.有 2.無
⑦現住所	〒123-4567 埼玉県 さいたま市 中央区新都心12-34-56-789				
⑧平日昼間 連絡先TEL	〇×〇 (〇×〇×) 〇×〇×	⑨勤務局所 TEL	〇×〇 (〇×〇×) 〇×〇×	⑩勤務局所	〇×△ 窓口営業
⑪向こう1年の収入推計額 (年収)	0,000,000 円		⑫単身赴任 ※該当する方のみ記入	1.はい 2.いいえ	⑬「1.はいの場合、 住民票登録は単身赴任先でしょうか」

①認定対象者氏名	※本名表記のみ(通称名不可) 外字の場合ご希望に添えない場合があります。					
	キョウサイ 共済	ハナコ 花子	キョウサイ 共済	ユウタ ゆう太		
②続柄・性別	続柄 妻	性別 1.男 2.女	続柄 子	性別 1.男 2.女		
③生年月日	③昭和 4.平成 5.令和	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	④平成 5.令和	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
④配偶者の有無	認定対象者が配偶者以外で、かつ、18歳以上の場合は配偶者の有無について○をつけてください。		1.有 2.無	認定対象者が配偶者以外で、かつ、18歳以上の場合は配偶者の有無について○をつけてください。		
⑤職業 ※現在の状況をお知らせください。	1.無職(収入のない中学生以下含む) 2.パート・アルバイト 3.自営業 4.その他()		1.無職(収入のない中学生以下含む) 2.パート・アルバイト 3.自営業 4.その他()			
⑥向こう1年の収入推計額 (年収)	※過去の収入は記入しないでください。課税、非課税問わず全ての税控除前の収入の合算金額を記入してください(所得金額ではありません)。					
	0 円			〇〇〇,〇〇〇 円		
⑦収入の種類 ※⑥の収入に該当するものを全て○をつけてください。	1.給与(賞与、交通費等含む) 2.年金(老齢・退職・遺族・障害) 3.企業年金・個人年金 4.事業収入・不動産収入 5.配当金(株式・投信等) 6.雇用保険(失業給付) 7.傷病手当金 8.年金生活者支援給付金 9.その他()		1.給与(賞与、交通費等含む) 2.年金(老齢・退職・遺族・障害) 3.企業年金・個人年金 4.事業収入・不動産収入 5.配当金(株式・投信等) 6.雇用保険(失業給付) 7.傷病手当金 8.年金生活者支援給付金 9.その他()			
⑧住所	※「別居」の場合は、別途、送金の証明書(組合員→認定対象者)の添付が必要となります。送金金額は認定対象者の収入額以上です。					
	1.同居 2.別居			1.同居 2.別居		
⑨海外特例要件 ※国内居住要件の例外に該当する場合記入	1.留学 2.同行家族 3.結婚 4.出生 5.特定活動 6.その他()		1.留学 2.同行家族 3.結婚 4.出生 5.特定活動 6.その他()			
⑩雇用保険の受給状況 (失業給付)	1.受給資格なし 2.受給しない 3.受給中 4.受給終了 5.待機中(〇〇年 〇〇月 〇〇日受給開始予定) 6.期間延長		1.受給資格なし 2.受給しない 3.受給中 4.受給終了 5.待機中(年 月 日受給開始予定) 6.期間延長			
⑪現在の健康保険 加入状況	1.国保(市区町村) 2.社保 3.未加入			1.国保(市区町村) 2.社保 3.未加入		
⑫基礎年金番号	※65歳未満の長期組合員の方で、認定対象者が20歳以上60歳未満の配偶者のみ記入してください。(短期組合員及び任意継続組合員の配偶者は記入不要)					
	0 1 2 3 - 4 5 6 7 8 9					
⑬被扶養者の要件を 備えるに至った理由	1.採用 2.結婚 3.出生 4.退職 5.収入減少 6.雇用保険受給終了 7.扶養替 8.雇用条件変更 9.その他()			1.採用 2.結婚 3.出生 4.退職 5.収入減少 6.雇用保険受給終了 7.扶養替 8.雇用条件変更 9.その他()		
⑭被扶養者の要件を備える に至った年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
⑮認定対象者の マイナンバー	別添、被扶養者等申告書(マイナンバー)のとり			別添、被扶養者等申告書(マイナンバー)のとり		

以下は共済組合で使用しますので、記入しないでください。

受付印	認定年月日	令和 年 月 日	認定年月日	令和 年 月 日		
	認定審査	1番 □ (印)	2番 □ (印)	認定審査	1番 □ (印)	2番 □ (印)
	システム入力	令和 年 月 日 (印)	システム入力	令和 年 月 日 (印)		
	配偶者3号 資格取得日	令和 年 月 日	配偶者3号 資格取得日	令和 年 月 日		

＜組合員欄＞

◎同時に複数の認定対象者の申告をされる場合（組合員欄）の必要事項を全てご記入の上、コピーをしていただき（認定対象者欄）にそれぞれ対象となる方に関する必要事項をご記入ください。

項目	注意事項
①組合員番号（社員番号）	：会社で使用されている8桁の社員番号を記入してください。
②過去に郵政グループ各社に勤めていたことがある	：該当する番号を○で囲んでください。
③「1.はい」の場合、左記①の社員番号と異なる場合はその時の社員番号を記入	：過去に郵政グループ各社でお勤めだった方で異なる社員番号をお持ちだった方は、③の欄にその当時の社員番号を記入してください。
④組合員氏名	：氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。
⑤生年月日	：年号は該当する番号を○で囲んでください。
⑥配偶者の有無	：組合員の配偶者の有無について、当てはまる方を○で囲んでください。
⑦現住所	：住所は会社に登録されているものと同じ住所を記入してください。
⑧平日昼間連絡先TEL、⑨勤務局所TEL	：共済組合からお問い合わせの際に組合員とつながる番号を記入してください。 ：なお、共済組合からお問い合わせの際の電話番号は「0120-97-8484」とフリーダイヤルとなります旨を申し添えます。
⑩勤務局所	：現在お勤めされている勤務局所名、部課名等をご記入ください。
⑪向こう1年の収入推計額（年収）	：組合員の今後、未来に向かったの1年間の年間収入見込額をご記入ください。
⑫単身赴任	：会社都合で単身赴任をされている場合は「1」を○で囲んでください。
⑬⑭が「はい」の場合、住民票登録は単身赴任先でしょうか	：住民票の登録住所を単身赴任先にされている場合「1」を○で囲んでください。

＜認定対象者欄＞

◎必要事項を全てご記入ください。なお、④、⑥及び⑭については、該当する方のみご記入ください。

項目	注意事項
①認定対象者氏名	：氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。 ：※本名表記のみ（通称名不可）となります。 ：※外字の場合ご希望に添えない場合があります。
②続柄・性別	：認定対象者の続柄を記入してください。 ：性別は、該当する方を○で囲んでください。
③生年月日	：年号は該当する番号を○で囲んでください。
④配偶者の有無	：認定対象者（配偶者以外）が18歳以上の場合は、配偶者の有無を○で囲んでください。
⑤職業	：該当する番号を○で囲んでください。
⑥向こう1年の収入推計額（年収）	：認定対象者の収入について、今後、未来に向かって1年間の年間収入見込額をご記入ください。 ：なお、ご提出いただいた所得証明書等をもってご申告の年間収入見込額を確認させていただいたので、前年より収入が減る場合等は、組合員からのお申し出とその事実を確認することのできる資料を併せてご提出ください。 ：また、収入には、非課税対象のもの（障害・遺族年金、失業給付等）も含まれます。 ：非課税対象の収入がある場合は、受取金額が確認できる書類の写しをご提出ください。
⑦収入の種類	：⑥で記入いただいた収入について、該当する番号を全て○で囲んでください。
⑧住所	：認定対象者と組合員が同居しているか別居しているか申告してください。 ：なお、別居の場合は、必ず認定対象者1人につき生活費として毎月1回以上、金融機関を経由し、送金元が組合員かつ送金先が認定対象者であることが確認できる資料を提出してください。
⑨海外特例要件	：認定対象者が、日本国内に住民登録がないものの国内居住要件の例外に該当する場合は記入してください。
⑩雇用保険の受給状況（失業給付）	：認定対象者の雇用保険の受給状況について該当する番号を○で囲んでください
⑪現在の健康保険	：認定対象者の現在の健康保険加入状況を記入してください。
⑫基礎年金番号	：65歳未満の長期組合員の方で、かつ、認定対象者が20歳以上60歳未満の配偶者の場合は記入してください。 ：短期組合員と任意継続組合員の配偶者は記入しないでください。 ：認定対象者が配偶者でない場合は、記入しないでください。
⑬被扶養者の要件を備えるに至った理由	：該当する番号を○で囲んでください。
⑭被扶養者の要件を備えるに至った年月日	：被扶養者の要件を備えることとなった事実の発生日を記入してください。
⑮認定対象者のマイナンバー	：「被扶養者等申告書（マイナンバー）」に必要事項を記入し、【認定用】被扶養者等申告書と併せて提出してください。

※ の箇所は、該当する方のみご記入していただく欄となります。

被扶養者等申告書 (マイナンバー)

共済組合
使用欄

◆書類記入時の注意事項◆

- (注1) 消せるボールペンは使用しないでください。
- (注2) 二重線抹消や修正テープ等による訂正、記入漏れは不備となり、再度、被扶養者等申告書 (マイナンバー) の提出を求めます。記入内容に誤りがあった場合は、必ず新しい被扶養者等申告書 (マイナンバー) に最初から書き直して提出をお願いします。

同意事項

認定対象者の個人番号の届け出にあたり、以下5項目に同意します。

- 記入した認定対象者の氏名及びマイナンバー (個人番号) について相違ありません。
- 【認定用】被扶養者等申告書と併せて本申告書を提出することを誓約します。
- マイナンバーによる地方税情報の照会に同意します。
- マイナンバーカード (写) やマイナンバー通知書 (写) など添付不要な書類を送付した場合、特定個人情報の適切な管理の観点から、共済組合にて廃棄されることを承知します。
- 誤って下記「送付先」以外の住所に本申告書を送付した場合、廃棄され、再度提出することを承知します。

申告日			
令和	年	月	日

組合員番号 (=社員番号8桁)								署名 (組合員氏名)	
								(フリガナ)	

被扶養者等申告書に記載の認定対象者について記入してください

※ 認定対象者が3名以上の場合は、この様式をコピーして使用してください。

記入がない場合、不備といたしますので必ずご記入ください。

認定を受ける者

被扶養者等申告書に記載の認定対象者の氏名	被扶養者等申告書に記載の認定対象者の氏名
(フリガナ)	(フリガナ)
被扶養者等申告書に記載の認定対象者のマイナンバー (お持ちのマイナンバーカードの裏面又は住民票に記載の12桁)	被扶養者等申告書に記載の認定対象者のマイナンバー (お持ちのマイナンバーカードの裏面又は住民票に記載の12桁)
海外在住で、住民票を日本国内においていないことから、マイナンバーが付番されていない、又は、失効している方は、マイナンバー記載欄は空欄とし、下記の当てはまる方にチェックをいれてください。	海外在住で、住民票を日本国内においていないことから、マイナンバーが付番されていない、又は、失効している方は、マイナンバー記載欄は空欄とし、下記の当てはまる方にチェックをいれてください。
<input type="checkbox"/> 海外在住のためマイナンバーが付与されていません。 <input type="checkbox"/> 海外在住のためマイナンバーが失効しています。	<input type="checkbox"/> 海外在住のためマイナンバーが付与されていません。 <input type="checkbox"/> 海外在住のためマイナンバーが失効しています。
ず ち ち エ ラ ッ カ ク 必 <input type="checkbox"/> 【認定用】被扶養者等申告書と同時に提出 <input type="checkbox"/> 【認定用】被扶養者等申告書は提出済み (年 月 日頃)	ず ち ち エ ラ ッ カ ク 必 <input type="checkbox"/> 【認定用】被扶養者等申告書と同時に提出 <input type="checkbox"/> 【認定用】被扶養者等申告書は提出済み (年 月 日頃)

◆ご注意ください！◆

2023年9月29日より、国家公務員共済組合法施行規則の一部改正に伴い、被扶養者の認定申告にはマイナンバー (個人番号) の届出が必須となりました。

被扶養者認定申告の際には、本書類を必ずご提出ください。

受
付
印

【送付先】

〒330-9793 埼玉県さいたま市中央区新都心3-1 日本郵政共済組合 共済センター 被扶養者担当あて

※送付先注意！上記以外の送付先に送ると再度、被扶養者等申告書 (マイナンバー) の提出を求めますのでお気を付けください。

記載例

被扶養者等申告書 (マイナンバー)

共済組合 使用欄

◆書類記入時の注意事項◆

- (注1) 消せるボールペンは使用しないでください。
- (注2) 二重線抹消や修正テープ等による訂正、記入漏れは不備となり、再度、被扶養者等申告書 (マイナンバー) の提出を求めます。記入内容に誤りがあった場合は、必ず新しい被扶養者等申告書 (マイナンバー) に最初から書き直して提出をお願いします。

同意事項

認定対象者の個人番号の届け出にあたり、以下5項目に同意します。

- 記入した認定対象者の氏名及びマイナンバー (個人番号) について相違ありません。
- 【認定用】被扶養者等申告書と併せて本申告書を提出することを誓約します。
- マイナンバーによる地方税情報の照会に同意します。
- マイナンバーカード (写) やマイナンバー通知書 (写) など添付不要な書類を送付した場合、特定個人情報の適切な管理の観点から、共済組合にて廃棄されることを承知します。
- 誤って下記「送付先」以外の住所に本申告書を送付した場合、廃棄され、再度提出することを承知します。

申告日
令和 ○ 年 △ 月 □ 日

組合員番号 (=社員番号8桁)								署名 (組合員氏名)	
0	1	2	3	4	5	6	7	(フリガナ)	キョウサイ タロウ
								共済 太郎	

被扶養者等申告書に記載の認定対象者について記入してください

※ 認定対象者が3名以上の場合は、この様式をコピーして使用してください。

記入がない場合、不備といたし

【認定用】被扶養者等申告書に記入の被扶養者の氏名、マイナンバーを記入してください。修正、記入漏れのある申告書はすべて不備となります。

認定を受ける者

被扶養者等申告書に記載の認定対象者の氏名											
(フリガナ)	キョウサイ ハナコ										
共済 花子											
被扶養者等申告書に記載の認定対象者のマイナンバー (お持ちのマイナンバーカードの裏面又は住民票に記載の12桁)											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2

2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

海外在住で、住民票を日本国内においていないことから、マイナンバーが付番されていない、又は、失効している方は、マイナンバー記載欄は空欄とし、下記の当てはまる方にチェックをいれてください。

海外在住のためマイナンバーが付与されていません。

海外在住のためマイナンバーが失効しています。

海外在住で、住民票を日本国内においていないことから、マイナンバーが付番されていない、又は、失効している方は、マイナンバー記載欄は空欄とし、下記の当てはまる方にチェックをいれてください。

海外在住のためマイナンバーが付与されていません。

海外在住のためマイナンバーが失効しています。

ず
ち
え
ら
っ
か
ク
必

【認定用】被扶養者等申告書と同時に提出

【認定用】被扶養者等申告書は提出済み (年 月 日頃)

ず
ち
え
ら
っ
か
ク
必

【認定用】被扶養者等申告書と同時に提出

【認定用】被扶養者等申告書は提出済み (年 月 日頃)

◆ご注意ください！◆

2023年9月29日より、国家公務員共済組合法施行規則の一部改正に伴い、被扶養者の認定申告にはマイナンバー (個人番号) の届出が必須となりました。

被扶養者認定申告の際には、本書類を必ずご提出ください。

受
付
印

【送付先】

〒330-9793 埼玉県さいたま市中央区新都心3-1 日本郵政共済組合 共済センター 被扶養者担当あて

※送付先注意！上記以外の送付先に送ると再度、被扶養者等申告書 (マイナンバー) の提出を求めますのでお気を付けください。