

認定用 被扶養者申告書

【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)

被扶養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に相違ありません。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、速やかに共済組合へ返還することを誓約します。

Header form containing applicant's name, date, and group number.

Form for contact information including telephone number and address.

Main table for dependent information including names, birth dates, and current occupations.

Table for income details, categorized by type of income and amount.

Table for living conditions, including residence status, allowances, and health insurance.

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。

Bottom section for stamps, review dates, and system entry dates.

認定用 被扶養者申告書

【注意】

黒または青
(消せる)

記載例

被扶養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に相違ありません。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。

申告年月日	令和 年 〇月 日 <small>提出日を記入してください。認定日に影響することはありません。</small>	組合員番号 (社員番号)	0 1 2 3 4 5 6 7	組合員氏名	加 姓 共済 名 太郎	如 姓 太郎	押印	共済
-------	--	-----------------	-----------------	-------	-------------	--------	----	----

組合員生年月日	(和暦) 平成 年 月 日	平日昼間連絡先 TEL	〇〇〇〇(××)〇〇〇〇 <small>日中繋がる電話番号を記入してください。</small>	勤務局所名	郵便局 <small>勤務局所に連絡する場合があります。</small>
組合員現住所	〒 1 2 3 4 5 6 7 埼玉県 都道府県 さいたま 市区町村	中央区新都心 1 2 - 3 4 - 5 6 - 7 8 9			

認定対象者の氏名	例: 別居中の子	例: パートの妻	例: 退職した子
姓 共済 名 ゆう太	姓 共済 名 花子	姓 共済 名 せい子	
続柄 子 性別 男・女	続柄 妻 性別 男・女	続柄 子 性別 男・女	

生年月日	(和暦) 平成 〇年 〇月 〇日	(和暦) 昭和 〇年 〇月 〇日	(和暦) 平成 〇年 〇月 〇日
現在の職業	無・有(職業名:)	無・有(職業名: パート)	無・有(職業名:)
向こう一年の収入推計額とその内訳	<input checked="" type="checkbox"/> 所得金額ではありません。税控除前の金額を記入してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 課税非課税問わず全ての収入を記入してください。		
合計	0 円	1,200,000 円	0 円

内訳 <small>該当のものに「<input checked="" type="checkbox"/>」を付けてください。</small>	給与(賞与、交通費等含)	無・有(, ,)円	無・有(1,200,000)円	無・有(, ,)円
	公的年金(老齢・退職)	無・有(, ,)円	無・有(, ,)円	無・有(, ,)円
	公的年金(遺族・障害)	無・有(, ,)円	無・有(, ,)円	無・有(, ,)円
	企業年金・個人年金	無・有(, ,)円	無・有(, ,)円	無・有(, ,)円
	事業収入・不動産収入	無・有(, ,)円	無・有(, ,)円	無・有(, ,)円
	配当金(株式、投信等)	無・有(, ,)円	無・有(, ,)円	無・有(, ,)円
	失業給付・傷病手当金	無・有(, ,)円	無・有(, ,)円	無・有(, ,)円
	その他()	無・有(, ,)円	無・有(, ,)円	無・有(, ,)円

同居・別居の別	<input checked="" type="checkbox"/> 認定申告時は同居であったが、認定中に別居した場合は毎月被扶養者への口座間送金(組合員 認定対象者)が必須になります。 <input checked="" type="checkbox"/> 送金額は被扶養者の収入額以上(収入が月額5万円未満の場合は最低月額5万円)です。		
別居はは必須、は該当者のみ記入 単身赴任は別居としてください	同居・別居	同居・別居	同居・別居

仕送り金額 (別居の場合に限る)	口座間送金 150,000 円/月	口座間送金 , 円/月	口座間送金 , 円/月
---------------------	-------------------	-------------	-------------

国内居住要件の例外 <small>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記入</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 同行家族 <input type="checkbox"/> 特定活動 <input type="checkbox"/> 出生 結婚	留学・同行家族・特定活動・出生 結婚	留学・同行家族・特定活動・出生 結婚
その他()	その他()	その他()	その他()

雇用保険(失業保険) 受給状況いずれかに	受給資格無し・受給しない 待機中(年 月 日受給開始予定) 受給中・受給終了・期間延長	受給資格無し・受給しない 待機中(年 月 日受給開始予定) 受給中・受給終了・期間延長	受給資格無し・受給しない 待機中(年 月 日受給開始予定) 受給中・受給終了・期間延長
-------------------------	--	--	--

現在の健康保険加入状況	国保(市区町村)・未加入・社保	国保(市区町村)・未加入・社保	国保(市区町村)・未加入・社保
-------------	-----------------	-----------------	-----------------

基礎年金番号 <small>認定対象者が配偶者の場合に限る</small>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		
--	---------------------	--	--

被扶養者の要件を備えるに 至った年月日とその理由	平成・令和 年 月 日 [理由] 海外留学	平成・令和 年 月 日 [理由] 収入減少	平成・令和 年 月 日 [理由] 退職
-----------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------------

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	令和 年 月 日	令和 年 月 日
認定審査	1審	2審	1審	2審
システム入力	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
配偶者3号 資格取得日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日

認定用 被扶養者申告書 記入要領

< 全員：全項目必須 >

記入欄	記入要領	
申告年月日	被扶養者申告書を提出する日を記入してください。	
組合員番号	8ケタの組合員番号（社員番号）を記入してください。 保険者番号 31110281 ではありません。	
組合員氏名	組合員の氏名を記入してください。	
押印	必ず押印してください。	
組合員生年月日	組合員の生年月日（和暦）を記入してください。	
平日昼間連絡先 TEL	平日の日中に連絡が可能な電話番号を記入してください。	
勤務局所名	勤務局所名、部課名を記入してください。	
組合員現住所	組合員の現住所を記入してください。	
認定対象者の氏名	認定対象者の氏名を記入してください。	
続柄・性別	認定対象者の続柄を記入し、性別を で囲んでください。	
生年月日	認定対象者の生年月日（和暦）を記入してください。	
現在の職業	現在の職業の有無を で囲み、職業有りの場合はその職業名を記入してください。	
向こう一年の収入推計額とその内訳	向こう一年間に見込まれる年間収入額を記入してください。 また、収入の内訳については、その「有・無」を で囲み、収入がある場合はその金額を記入してください。	
同居・別居の別	組合員と同居している場合は同居を、組合員と別居している場合は別居を で囲んでください。	
国内居住要件の例外の該当	日本国内に住民登録がないものの、外国に一時的に留学をする学生、外国に赴任する組合員に同行する家族等の一時的な海外渡航を行う場合は、該当する理由を ○で囲んでください。	
雇用保険（失業保険）受給状況	いずれか該当するものを で囲んでください。 「待機中」の場合は受給開始予定日を記入してください。 日額 3,612 円以上受給する場合は認定できません。	
現在の健康保険加入状況	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。	
被扶養者の要件を備えるに至った年月日とその理由	被扶養者の要件を備えることとなった事実の発生日と該当する理由を記入してください。	
	年月日	その理由
	採用日	採用
	婚姻日	結婚
	出生日	出生
	退職日	退職
	同居を開始した日	同居
	雇用条件変更日	収入減少
	廃業日	自営業の廃業
	雇用保険受給満了日	雇用保険受給満了
	主たる生計維持者が変わった日	扶養替
	その他被扶養者の要件を備えるに至った日	その他

< 該当者のみ：組合員が認定対象者と別居している場合 >

記入欄	記入要領
仕送り金額	毎月の口座間送金額（組合員 認定対象者）を記入してください。 送金額は認定対象者の収入額以上 収入が 5 万円未満の場合は最低月額 5 万円以上 手渡し不可

< 該当者のみ：認定対象者が配偶者の場合 >

記入欄	記入要領
基礎年金番号	20 歳以上 60 歳未満の配偶者を認定申請する場合は配偶者の基礎年金番号を記入してください。