

取消用 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と相違ありません。また、被扶養者の要件を欠いた後に使用した医療費を含む給付金については、速やかに共済組合へ返還することを誓約します。

①申告年月日	令和 年 月 日	②組合員番号		③組合員氏名	姓	名
--------	----------	--------	--	--------	---	---

④組合員生年月日	(和暦) 年 月 日	⑤平日昼間連絡先 TEL	()	⑥勤務局所名	
⑦組合員現住所	〒	都道府県		市区町村	

⑧取消対象者の氏名	姓	名	姓	名	姓	名
-----------	---	---	---	---	---	---

⑨続柄・性別	続柄	性別 男・女	続柄	性別 男・女	続柄	性別 男・女
--------	----	--------	----	--------	----	--------

⑩生年月日	(和暦) 年 月 日	(和暦) 年 月 日	(和暦) 年 月 日
-------	------------	------------	------------

⑪現在の職業	無・有 (職業名:)	無・有 (職業名:)	無・有 (職業名:)
--------	-------------	-------------	-------------

⑫年間収入推計額とその内訳	合計 , , 円	合計 , , 円	合計 , , 円
---------------	----------	----------	----------

内訳	給与(賞与、交通費等含)	無・有 (, ,) 円	無・有 (, ,) 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・投資等)	無・有 (, ,) 円	無・有 (, ,) 円	無・有 (, ,) 円
	失業給付	無・有 日額 (,) ×360 = (, ,) 円	無・有 日額 (,) ×360 = (, ,) 円	無・有 日額 (,) ×360 = (, ,) 円
	傷病手当金	無・有 月額 (,) ×12 = (, ,) 円	無・有 月額 (,) ×12 = (, ,) 円	無・有 月額 (,) ×12 = (, ,) 円
その他 ()	無・有 (, ,) 円	無・有 (, ,) 円	無・有 (, ,) 円	

⑬同居・別居の別	同居・別居	同居・別居	同居・別居
----------	-------	-------	-------

⑭住所(別居の場合に限る)	〒	都道府県	市区町村
---------------	---	------	------

⑮仕送り金額(別居の場合に限る)	口座間送金 , 円/月	口座間送金 , 円/月	口座間送金 , 円/月
------------------	-------------	-------------	-------------

⑯基礎年金番号			
※取消対象者が配偶者の場合に限る			

⑰被扶養者の要件を欠に至った年月日とその理由	平成・令和 年 月 日 [理由]	平成・令和 年 月 日 [理由]	平成・令和 年 月 日 [理由]
------------------------	---------------------	---------------------	---------------------

⑱被扶養者証の返納	1 返納する 2 亡失 (年 月 日頃)	1 返納する 2 亡失 (年 月 日頃)	1 返納する 2 亡失 (年 月 日頃)
-----------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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	取消年月日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日
	取消審査	1番口 <input type="checkbox"/> 2番口 <input type="checkbox"/>	1番口 <input type="checkbox"/> 2番口 <input type="checkbox"/>	1番口 <input type="checkbox"/> 2番口 <input type="checkbox"/>
	システム入力	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/>	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/>	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/>
	組合員証回収の有無	有・無・亡失 <input type="checkbox"/>	有・無・亡失 <input type="checkbox"/>	有・無・亡失 <input type="checkbox"/>

取消用 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と相違ありません。また、被扶養者の要件を欠いた後に使用した医療費を含む給付金については、速やかに共済組合へ返還することを誓約します。

①申告年月日	令和○年×月△日	②組合員番号	0 1 2 3 4 5 6 7	③組合員氏名	姓 共済	名 太郎
--------	----------	--------	-----------------	--------	------	------

④組合員生年月日	(和暦) 昭和 ○○年○○月○○日	⑤平日昼間連絡先 TEL	○×○ (○×○×) ○○○	⑥勤務局所名	○×△郵便局窓口営業部
----------	-------------------	--------------	----------------	--------	-------------

⑦組合員現住所	〒 1 2 3 - 4 5 6 7	埼玉県 さいたま市 中央区新都心 12-34-56 セントラル 789
---------	-------------------	-------------------------------------

⑧取消対象者の氏名	例：就職の場合 姓 共済 名 ゆう太	例：収入が増加し限度額を超過した場合 姓 共済 名 花子	例：雇用保険を受給した場合 姓 共済 名 せい子
-----------	-----------------------	---------------------------------	-----------------------------

⑨続柄・性別	続柄 子 性別 男・女	続柄 妻 性別 男・女	続柄 子 性別 男・女
--------	-------------	-------------	-------------

⑩生年月日	(和暦) 平成 ○年 ○月 ○日	(和暦) 昭和 ○年 ○月 ○日	(和暦) 平成 ○年 ○月 ○日
-------	------------------	------------------	------------------

⑪現在の職業	無・有 (職業名：会社員)	無・有 (職業名：パート勤務)	無・有 (職業名：)
--------	---------------	-----------------	------------

⑫年間収入推計額とその内訳	合計 4,500,000円	合計 1,500,000円	合計 1,965,600円
---------------	---------------	---------------	---------------

内訳	給与(賞与、交通費等含)	無・有 計 4,500,000円	無・有 計 1,500,000円	無・有 計 , , 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・投資等)	無・有 (, ,)円	無・有 (, ,)円	無・有 (, ,)円
	失業給付	無・有 日額 (,) × 360 = (, ,)円	無・有 日額 (,) × 360 = (, ,)円	無・有 日額 (5,460) × 360 = (1,965,600)円
	傷病手当金	無・有 月額 (,) × 12 = (, ,)円	無・有 月額 (,) × 12 = (, ,)円	無・有 月額 (,) × 12 = (, ,)円
その他 ()	無・有 (, ,)円	無・有 (, ,)円	無・有 (, ,)円	

⑬同居・別居の別	同居・別居	同居・別居	同居・別居
----------	-------	-------	-------

⑭住所(別居の場合に限る)	〒 -	〒 -	〒 -
---------------	-----	-----	-----

⑮仕送り金額(別居の場合に限る)	口座間送金 , 円/月	口座間送金 , 円/月	口座間送金 , 円/月
------------------	-------------	-------------	-------------

⑯基礎年金番号 ※取消対象者が配偶者の場合に限る		1 5 1 5 1 1 1 5 5 5	
-----------------------------	--	---------------------	--

⑰被扶養者の要件を欠に至った年月日とその理由	平成・令和 △△年 ◆◆月 □□日 [理由] 就職	平成・令和 △△年 ◆◆月 □□日 [理由] 収入増加	平成・令和 △△年 ◆◆月 □□日 [理由] 雇用保険受給開始
------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------------

⑱被扶養者証の返納	1 返納する 2 亡失 (年 月 日頃)	1 返納する 2 亡失 (年 月 日頃)	1 返納する 2 亡失 (△△年 ◆◆月 □□日頃)
-----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

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	取消年月日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日
	取消審査	1番口 ② 2番口 ②	1番口 ② 2番口 ②	1番口 ② 2番口 ②
	システム入力	令和 年 月 日 ②	令和 年 月 日 ②	令和 年 月 日 ②
	組合員証回収の有無	有・無・亡失 ② 令和 年 月 日	有・無・亡失 ② 令和 年 月 日	有・無・亡失 ② 令和 年 月 日

取消用 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																												
①	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。																												
②	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。																												
③	組合員氏名	組合員の氏名を記入してください。																												
④	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。																												
⑤	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。																												
⑥	勤務局所名	勤務局所名、部課名を記入してください。																												
⑦	組合員現住所	組合員の現住所を記入してください。																												
⑧	取消対象者の氏名	取消対象者の氏名を記入してください。																												
⑨	続柄・性別	取消対象者の続柄を記入し、性別を○で囲んでください。																												
⑩	生年月日	取消対象者の生年月日の記入してください。																												
⑪	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。																												
⑫	年間収入推計額とその内訳	収入がある場合はその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。																												
⑬	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。																												
⑭		次のうち該当するものを記入してください。																												
⑮	被扶養者の要件を欠くに至った年月日とその理由	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">年月日</th> <th style="width: 40%;">その理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>就職日</td><td>就職</td></tr> <tr><td>社会保険の資格取得日</td><td>他の社会保険に加入</td></tr> <tr><td>雇用条件変更日</td><td>収入増加</td></tr> <tr><td>年金の受給開始（増額改定）日</td><td>収入増加</td></tr> <tr><td>雇用保険（失業給付）の受給開始日</td><td>雇用保険受給開始</td></tr> <tr><td>送金停止日、送金が不足した日</td><td>送金停止、送金不足</td></tr> <tr><td>別居日</td><td>別居</td></tr> <tr><td>離婚日</td><td>離婚</td></tr> <tr><td>婚姻日</td><td>結婚</td></tr> <tr><td>開業日</td><td>開業</td></tr> <tr><td>自立した日</td><td>自立</td></tr> <tr><td>国内に居住しなくなった日</td><td>国内居住要件非該当</td></tr> <tr><td>被扶養者の要件を欠くに至った年月日</td><td>その他</td></tr> </tbody> </table>	年月日	その理由	就職日	就職	社会保険の資格取得日	他の社会保険に加入	雇用条件変更日	収入増加	年金の受給開始（増額改定）日	収入増加	雇用保険（失業給付）の受給開始日	雇用保険受給開始	送金停止日、送金が不足した日	送金停止、送金不足	別居日	別居	離婚日	離婚	婚姻日	結婚	開業日	開業	自立した日	自立	国内に居住しなくなった日	国内居住要件非該当	被扶養者の要件を欠くに至った年月日	その他
年月日	その理由																													
就職日	就職																													
社会保険の資格取得日	他の社会保険に加入																													
雇用条件変更日	収入増加																													
年金の受給開始（増額改定）日	収入増加																													
雇用保険（失業給付）の受給開始日	雇用保険受給開始																													
送金停止日、送金が不足した日	送金停止、送金不足																													
別居日	別居																													
離婚日	離婚																													
婚姻日	結婚																													
開業日	開業																													
自立した日	自立																													
国内に居住しなくなった日	国内居住要件非該当																													
被扶養者の要件を欠くに至った年月日	その他																													
⑯	被扶養者証の返納	被扶養者の申告と同時に被扶養者証を返納する場合は「返納」を○で囲んでください。 被扶養者証を亡失し、返納できない場合は「亡失」を○で囲み、亡失した年月日を記入してください。																												

<該当者のみ：組合員が取消対象者と別居している場合>

	記入欄	記入要領
⑭	住所	取消対象者の現住所を記入してください。
⑮	仕送り金額	毎月の口座間送金額を記入してください。 ※送金額は取消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 送金額が取消対象者の収入額未満の場合は送金不足です。 ※手渡し不可

<該当者のみ：取消対象者が配偶者の場合>

	記入欄	記入要領
⑯	基礎年金番号	20歳以上60歳未満の配偶者を取消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。