

被扶養者の要件を欠いていて[取消用]被扶養者申告書をまだ提出していない場合に、この様式を記入(消せるボールペンは使用不可)して提出してください。様式に添付する確認資料等については、裏面をご覧ください。

(日本郵政共済組合)

[取消用] 被扶養者申告書

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、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、速やかに共済組合あて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 | か 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 | か 姓 | 名 | か 姓 | 名 | か 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) | 〒 | 〒 | 〒 | | | |
| 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くに 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□ <input type="checkbox"/> 2番□ <input type="checkbox"/> | 1番□ <input type="checkbox"/> 2番□ <input type="checkbox"/> | 1番□ <input type="checkbox"/> 2番□ <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"/> 令和 年 月 日 | 有・無・亡失 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | 有・無・亡失 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 |

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

[取消用] 被扶養者申告書と併せて取消理由に応じた確認資料を提出してください。

| 認定取消理由 | 確認書類 |
|---|--|
| 就職 ・日本郵政グループ各社に就職した場合も含む | ・次の①～④のいずれかの書類 ①辞令 ②雇用契約書（就職日が記入されているもの） ③雇用条件通知書（就職日が記入されているもの） ④健康保険証（資格取得日が採用日となっているもの） |
| 他の社会保険に加入 ・日本郵政共済組合の組合員となった場合も含む ・後期高齢者医療制度に加入※ ※ 75歳以上の方または65歳以上75歳未満の方で後期高齢者医療連合から障害認定を受けている方 | ・次の①～②のいずれかの書類 ①健康保険証（満75歳の場合は資料の添付は不要です。） ②被保険者記録照会回答票 ※退職等により、加入した社会保険の資格を喪失している場合は、年金事務所で「被保険者記録照会回答票」を取得して、提出してください。 |
| 扶養替 ・共同扶養者の収入が組合員の収入を上回った | ・次の①～②の書類すべて ①組合員及び共同扶養者の収入を証明する資料（直近の給与明細等） ②扶養替する日付及び共同扶養者の被扶養者となれることを確認した旨を記載した様式「事実申立書【認定取消】」 |
| 国内居住要件非該当（日本国内に住民票がなくなった若しくは、居住の実態がない） | |
| 日本国籍を有している場合 | ・次の①又は②及び③～④のいずれかの書類 ①住民票がない方…住民票除票（国外へ転出した日がわかるもの） ②住民票がある方…渡航の事実が確認できる書類（パスポート、出入国記録等） ③就労ビザ ※翻訳者の署名がされた日本語の翻訳文を添付してください。 ④就労を目的として渡航していることを記載した様式「事実申立書【認定取消】」 ※ビザが発行されない国に渡航している場合に提出してください。 |
| 収入増加 ・パート等での給与収入が月額108,334円以上となった等 ・自営業収入が年額130万円以上となった | ・様式「給与等証明書【取消用】」 ・直近の確定申告書及び収支内訳書 |
| 公的年金（老齢・障害・遺族・企業年金） ・年金の受給開始、年金額の増額で月額150,000円以上となった | ・次の①～③のいずれかの書類 ①年金決定通知書 ②年金証書及び初回年金額の振込通知書 ③年金額改定通知書（年金増額となった場合） |
| 個人年金等 ・公的年金以外の年金保険金の受給開始 | ・次の①～②のいずれかの書類 ①年金保険証書 ②初回支給分の振込通知書 |
| 雇用保険等受給開始 | |
| ・失業給付を月額3,612円以上受給し始めた | ・雇用保険受給資格者証（全てのページ） ※第1面に基本手当日額、第3面に受給開始日が明記されていること。 |
| ・傷病手当金、育児休業給付、介護休業給付を月額108,334円以上受給し始めた | ・傷病手当金支給証明書 ・各種手当金の支払決定通知書又は支給決定通知書 |
| 送金の停止 | ・次の①又は②及び③～⑤の書類すべて ①住民票（取消対象者の転入日が分かるもの） ※マイナンバー（個人番号）の記載がないものを提出してください。 ②住民票除票（別居した日がわかるもの） ③様式「給与等証明書【取消用】」（被扶養者の月額の収入が確認できるもの） ④扶養関係を解消する事由・日付を記載した様式「事実申立書【認定取消】」 ⑤別居した日からの送金の事実がわかる通帳等 ※現金の手渡し及び口座からの引き出し等による生計維持は認められません。 |

取消手続の必要書類は、対象者により異なりますので、

詳しくは、[共済組合ホームページ](#)をご確認ください。

郵政共済 認定取消 



スマートフォンにも
対応しています

[取消用] 被扶養者申告書の送付先

〒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

提出いただいた書類に不備、不足がある場合は、追加で書類を求めることがあります。

なお、必要な書類の提出にご協力いただけないときは、日本郵政共済組合の職権により被扶養者の認定を取り消すことがあります。