

## 被扶養者の認定削除の申出書

**【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)

協会けんぽから、日本郵政共済組合へ加入された2022年10月1日時点で、被扶養者として認定要件に該当していなかった場合は本書により被扶養者の認定削除を届け出てください。裏面の記入例を参照してください。

				申請年月日	令和	年	月	日
組合員情報								
組合員証番号		組合員氏名	(フリガナ) (姓)	(名)	組合員生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		
組合員住所	(〒 - )	都府	道県		電話番号 (昼間連絡先)	Tel ( )		

2022年10月1日時点で日本郵政共済組合の認定要件に該当していない理由			
番号	理由	番号	理由
1	曾祖父母と別居している	6	公的年金の受給がなく、雇用保険給付を月額3,612円以上受給している
2	60歳未満で、月額3,612円、月額108,334円、年収が130万円以上の収入がある	7	公的年金の受給があり、雇用保険給付を月額5,000円以上受給している
3	60歳以上で、公的年金の受給がなく、年額130万円以上の収入がある	8	別居している家族の収入額以上の口座間送金(最低送金額5万円/月)をしていない
4	60歳以上で、公的年金の受給があり、月額5,000円、月額150,000円、年額180万円以上の収入がある	9	2022年10月1日の社会保険の適用拡大の該当者にあたり、他の社会保険へ加入した
5	障害年金を受給していて、月額5,000円、月額150,000円、年額180万円以上の収入がある	10	その他(他の社会保険に加入した・就職した・自立した 等)

「番号」欄に上記表の「理由」の該当番号を記入してください。

2022年10月1日時点で被扶養者としての認定要件に該当していない者																	
1.被扶養者氏名		(フリガナ) (姓)		(名)		2.被扶養者氏名		(フリガナ) (姓)		(名)							
続柄		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被扶養者生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	続柄		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被扶養者生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
番号		認定削除日	令和 4 年 10 月 1 日		番号		認定削除日	令和 4 年 10 月 1 日									

※2022年10月2日以降に要件を欠いた場合は、[取消用]被扶養者申告書と確認資料の提出が必要です(詳細はてびき3ページ参照)。

～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。～

受付日	1.被扶養者審査欄								2.被扶養者審査欄							
	一審	/	二審	/	入力一審	/	入力二審	/	一審	/	二審	/	入力一審	/	入力二審	/

# 記入例

申請年月日 令和 4 年 11 月 5 日

「調書」1ページの「組合員証番号」を記入してください。

組合員情報					
組合員証番号	98765432	組合員氏名	(フリガナ) ユウセイ (姓) 郵政	(フリガナ) タロウ (名) 太郎	組合員生年月日
組合員住所	(〒330-9793) 埼玉県さいたま市新都心3-1	都府道(県)	さいたま市新都心3-1	電話番号(昼間連絡先)	Tel 000 (0000) 0000
					<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 46 年 3 月 6 日

「認定要件に該当していない理由」欄の該当する番号を記入してください。

2022年10月1日時点で被扶養者としての認定要件に該当していない者											
1.被扶養者氏名	(フリガナ) ユウセイ (姓) 郵政	(フリガナ) ハナコ (名) 花子	2.被扶養者氏名	(フリガナ) ユウセイ (姓) 郵政	(フリガナ) ジロウ (名) 次郎						
続柄	妻	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	被扶養者生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 48 年 7 月 26 日						
続柄	子	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被扶養者生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 11 年 9 月 14 日						
番号	2	認定削除日	令和 4 年 10 月 1 日	番号	10						
			認定削除日	令和 4 年 10 月 1 日							

2022年10月2日以降に要件を欠いた場合は、[取消用]被扶養者申告書と確認資料の提出が必要です。

認定削除する被扶養者を2名まで記入できます。

- ▶ 日本郵政共済組合の被扶養者認定基準については、てびき5ページへ掲載していますので、ご参照ください(協会けんぽの認定基準も参考までに掲載しています)。
- ▶ 認定要件に該当していない理由は他にも、「扶養替、結婚、離婚、死亡」等があります。1~9以外の場合は「10:その他」で申告をしてください。
- ▶ 認定削除する被扶養者が3名以上の場合は、本書をコピーしてご使用ください。
- ▶ 要件を欠いた日の例として、就職日が2022年11月1日であれば、要件を欠いた日も2022年11月1日です(この場合は要件確認及び取消申告の両方を提出してください)。

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

問い合わせ先: 日本郵政共済組合コールセンター 電話: 0120-97-8484 [土、日、祝日及び年末年始(12/29~1/3)を除く9:00~18:00]

詳しくは、共済組合ホームページをご確認ください。