

被扶養者申告書(取消)

所属所名		組合員等 記号番号	—	以下の取消対象者 以外で同時に申告 する人数	人
フリガナ		生年月日	昭和	標準報酬	短期
組合員氏名			平成	年	月
				等級	千円

取消を受けようとする者に関する事項

フリガナ ① 氏名		② 組合員との続柄	職業	③年間所得(収入)推計額	円
④ 生年月日 及び性別	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女
住所(居所)		〒 —			
⑤ 被扶養者の要件を欠くに至った日及び理由(取消日)		令和 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 就職等(社保加入) <input type="checkbox"/> 収入の増加(国保加入) <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 扶養者の変更 <input type="checkbox"/> 失業保険の受給 <input type="checkbox"/> その他 ()		※組合使用欄		判定	理由

フリガナ ① 氏名		② 組合員との続柄	職業	③年間所得(収入)推計額	円
④ 生年月日 及び性別	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女
住所(居所)		〒 —			
⑤ 被扶養者の要件を欠くに至った日及び理由(取消日)		令和 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 就職等(社保加入) <input type="checkbox"/> 収入の増加(国保加入) <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 扶養者の変更 <input type="checkbox"/> 失業保険の受給 <input type="checkbox"/> その他 ()		※組合使用欄		判定	理由

※所属所使用欄	国民年金第3号届提出方法 (配偶者の取消の場合に記入)	<input type="checkbox"/> 事業主から提出 <input type="checkbox"/> 共済経由で提出 <input type="checkbox"/> 提出不要(就職・死亡・年齢等による3号非該当)
---------	--------------------------------	---

上記のとおり申告します。
 愛媛県市町村職員共済組合理事長 様
 令和 年 月 日 住所
 申告者 氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
 令和 年 月 日
 職名
 所属所長 氏名

課長		課長補佐		主任係長		係	
----	--	------	--	------	--	---	--

裏面に注意事項を記載していますのでご確認ください。記入後は速やかな提出をお願いします。

《被扶養者申告書 記入要領》

- ① 氏名は住民票に登録されている氏名を記入し、フリガナはカタカナで正確に記入してください。
- ② 続柄は次の例のように記入してください。
配偶者・長男・二男・長女・二女・実父・実母・義父・義母・兄・妹・孫 など
- ③ 被扶養者認定における「所得」とは、所得税法上の課税される所得を指すものではなく、被扶養者の取消をしようとする者の現在及び将来にわたって恒常的に取得できると見込まれる年間の収入総額をいいます。
- ④ 和暦で記入してください。
- ⑤ 被扶養者の要件を欠くに至った日には、被扶養者の取消日を記入してください。

【例：要件を欠くに至った日】

事 由	欠くに至った日（取消日）
死亡	死亡した日の翌日
離婚	離婚した日の翌日又は事実上婚姻関係がなくなった日
就職	就職した日（健康保険等の資格取得日）
収入の増加（パート等）	収入が認定基準額を超えることが明らかとなった日
収入の増加（年金改定等）	年金受給者が改定通知書等を受領した日（年金額決定通知書や改定通知書の通知日）
失業保険の受給開始	受給開始日（給付金の入金日ではありません。）
別居	別居した日
扶養者の変更	事例により異なる
その他	事実の発生した日又は事実が明らかとなった日

【その他】

- 被扶養者の要件を欠くに至った日から5日以内に書類を提出してください。取消手続きが遅れると、その間に共済組合が負担した医療費等の返還が生じる場合があります。
- 「資格確認書」「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領証」「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受けている方は、併せて返却してください。
- 20歳以上60歳未満の配偶者の方で、取消理由が就職（社会保険加入）又は死亡以外の場合は、「国民年金第3号被保険者関係届」を提出してください。