

被扶養者認定申請書

下記のとおり申請します。

下記の申請は事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

日本私立学校振興・共済事業団理事長 殿 令和 年 月 日

Table with school information: 学校法人等所在地 (郵便番号 807-8555 北九州市八幡西区医生ケ丘1番1号), 学校法人等名 (学校法人 産業医科大学), 代表者名 (理事長 生田 正之), 事務連絡先電話番号 (093(603)1611).

Table with checkboxes: ※審査, ※確認

様式第八号(第一条の五、第三十三条の四関係)

注)任意継続加入者は上の欄に本人の住所・氏名等を記入してください。

Table with fields: 1 21160, 加入者情報, 加入者番号 (県コード 40, 学種 A, 学校番号 0016, 個人番号), フリガナ (漢字), 生年月日 (3昭4平), 資格取得年月日 (3昭4平5令), 加入者の年間収入 (円).

Table with fields: 46 01, 対象者氏名 (フリガナ 漢字), 生年月日 (3昭4平5令), 続柄 (妻, 夫, 子, 父, 母, その他), ※コード (103), 性別 (1.男, 2.女).

Table with fields: マイナンバー (1.有, 2.無), 配偶者の基礎年金番号 (1.有, 2.無), ※認定年月日 (5令), 年, 月, 日.

Table with fields: 46 02, 現住所, ※事業団記入欄, 居住先 (269), 解除 (272), 内発 (124), 遡及 (125), 高齢 (128).

Table with fields: 郵便番号, フリガナ, ト・ドウフ・ケン, シグン, ク・マチ・チヨウムラ・ソシ, 町名以下.

Table with fields: 48, 郵便番号, フリガナ, 漢字, ト・ドウフ・ケン, シグン, ク・マチ・チヨウムラ・ソシ, 町名以下.

Table with fields: 加入者と同居・別居 (該当箇所を○で囲んでください), 別居の場合:(仕送り 有・無), ※別居 (274), 加入者の勤務先からの扶養手当支給の有無を○で囲んでください (有(月額 円)・無(必ずいづれかを○で囲んでください)).

Table with fields: 46 03, 当年(事由発生時)1月1日時点の住所(上記現住所と同一であれば記入不要).

Table with fields: 郵便番号, フリガナ, ト・ドウフ・ケン, シグン, ク・マチ・チヨウムラ・ソシ, 町名以下.

Table with fields: 48, 郵便番号, フリガナ, 漢字, ト・ドウフ・ケン, シグン, ク・マチ・チヨウムラ・ソシ, 町名以下.

Table with fields: 被扶養者の要件を備えるに至った理由及び年月日(該当する理由を○で囲み、右に事由発生日を記入してください), 事由発生日, 令和 年 月 日.

・加入者の就職・出生・婚姻・被扶養者の離職・収入減少・解散・廃業・雇用保険受給終了・離婚・扶養替え・国内居住・保険の切替(任意継続喪失・国保からの切替)  
・その他(具体的に: )

認定対象者の年取見込み額( 円)(1年分の収入についての合計額を記入してください)

内訳(上記の年取見込み額の内訳で下記の該当するものを○で囲んでください)

・給与収入・営業、事業所得・不動産、配当等・傷病手当金・雇用保険受給(失業給付・育児休業給付金)・年金収入(老齢・遺族・障害・企業年金等)・その他(具体的に: )

・60歳以上で年金を受給していない人はその理由( )

・障害の状態にある又は配偶者等が死亡しているが、障害や遺族の年金を受給していない人はその理由( )

Table with fields: 加入者が扶養する理由 (子及び配偶者以外の認定申請の場合は必ず記入してください), 加入者が扶養する理由(認定対象者の状況、加入者以外の扶養義務者が扶養できない理由等を記入してください), 加入者以外の扶養義務者の有無(対象者からみた続柄を○で囲んでください), 有: 配偶者・父・母・子(成人した生活能力のある者)・その他( ), 無: 死別・離別等具体的に記入してください( ), 274 初回受付印.

1.※欄は記入しないでください。

2.認定対象者の住所・マイナンバーは必ず記入してください。

※発信年月日 令和 年 月 日