

第3号様式

カード No.	1 認定	組合員氏名 組合員証番号	区分	被扶養配偶者の 基礎年金番号																
	2 * * * *			4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 2	3 取消	組合員氏名 組合員証番号	区分	被扶養配偶者の 基礎年金番号																
	4 * * * *			4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
H:2	5 認定事由変更	組合員氏名 組合員証番号	区分	被扶養配偶者の 基礎年金番号																
	6 その他			4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

被扶養配偶者 (認定・取消) 申告書

被扶養配偶者 (認定事由・記載事項) 変更届

※ 電算 入力No.	147	148	149	150
------------------	-----	-----	-----	-----

被扶養配偶者の氏名 (カタカナ表示では濁音、半濁音は2桁使用。「氏」と「名」の間は1桁あける)																	性別 コード	生年月日				統 納 統 納 コード	同 居 別 居 の 別	扶 養 手 当 受 給 の 有 無	※ 認 定				※ 取 消				取 消 事 由	被扶養者の要件 を備え又は欠く に至った理由及 びその年月日	公 費 医 療 コ ー ド	年 間 所 得 の 推 計 額																									
カタカナ	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37		38	39	年	月				日	年	月	日	年	月	日	年					月	日	円																						
漢字	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	0	1	0	0	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	1	2	93	円

区分	組合員と別居 の場合に記入	被扶養 配偶者 の住所	市区町村コード																																		市区町村名を除く住所を、カタカナ・算用数字で記入のこと。(濁音、半濁音は2桁使用)																																		郵便番号(左詰め記入)			
			カタカナ	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74								
11		漢字	市区町村名を除く住所を、漢字と算用数字で記入のこと。																																																																							
2			75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136										

上記のとおり必要書類を添えて申告します。
 公立学校共済組合京都支部長 様
 年 月 日

申告者
 住 所
 氏 名
 電 話 ()



性別コード	男 1	女 2
年号コード	大正 2	昭和 3 平成 4
同居・別居の別	同居 1	別居 0
遠隔地証の有無	有 1	無 0
扶養手当受給の有無	有 1	無 0
取消事由	死亡以外 1	死亡 2

- (注) 1 年間所得の推計額は、その者が今後行う1年間恒常的な収入として見込まれる勤労所得、資産所得、事業所得、その他の所得の推計額を記入してください。
 2 同居・別居の別及び扶養手当受給の有無は、該当する番号を○で囲んでください。(申請後の状態で記入)
 3 被扶養配偶者の住所欄は、組合員と別居している場合のみ記入してください。
 4 「※」印欄は、記入しないでください。
 5 扶養認定の場合は、事実発生の日から30日以内に申告してください。

受付印

公費医療コード

- 0.....該当のない者
 1.....老人保健法に該当する者(75歳以上の者又は、65歳以上70歳未満でねたきり等の認定を受けた者)
 2.....市町村の条例による老人医療該当者
 3.....上記以外の公費負担医療該当者
 (福祉医療による母子家庭と障害者等ただし、乳幼児医療は除く。)