別記様式３

被　扶　養　者　認　定・取　消　申　告　書

現職会員番号	職　名	会　員　氏　名	所　属　所　名	所　属　所　住　所（電話番号）
		ﾌﾘｶﾞﾅ（　　）		〒 ☎（　　）

被扶養者の氏名［ｶﾀｶﾅ］（上段） 被扶養者の氏名［漢字］（下段）	生年月日 年号	年	月	日	性別	続柄コード	異姓コード	認定・取消判定年月日コード 年号	年	月	日	扶養手当	遠隔地	被扶養者証	認定取消コード	被扶養者（遠隔地者）の要件を備え、又は欠くに至った年月日及びその理由	職業 年間所得の推計額	被扶養者の現住所	扶養手当認定事務担当者の支給開始証明印欄
	大 昭 平 令 2 3 4 5				男 女 ※ M W	※	※	※				有 無 ※ 10 11	有 無 ※		※	年 月 日 理由	円		年 月 日認定 年 月 日から支給 月額 円 担当者 印
	大 昭 平 令 2 3 4 5				男 女 ※ M W	※	※	※				有 無 ※ 10 11	有 無 ※		※	年 月 日 理由	円		年 月 日認定 年 月 日から支給 月額 円 担当者 印
	大 昭 平 令 2 3 4 5				男 女 ※ M W	※	※	※				有 無 ※ 10 11	有 無 ※		※	年 月 日 理由	円		年 月 日認定 年 月 日から支給 月額 円 担当者 印
	大 昭 平 令 2 3 4 5				男 女 ※ M W	※	※	※				有 無 ※ 10 11	有 無 ※		※	年 月 日 理由	円		年 月 日認定 年 月 日から支給 月額 円 担当者 印

上記のとおり当該健康保険の「保険者番号」及び「被保険者等記号・番号」をマスキングした健康保険被保険者証の写しを添えて申告します。

一般財団法人北海道公立学校教職員互助会理事長　様　　申告者　住所

年　月　日　　氏名　　㊞

この申告（認定・取消）は、　年　月　日受理し、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日　所属所互助会責任者職・氏名　　職印

互助会受付印

記入上の注意	１　太枠で囲んだ箇所を記入してください（※印欄は記入しないでください）。　２　認定・取消の事由別を〇で囲んでください。　３　被扶養者の氏名を漢字で下段に記入し、上段にはカタカナで記入してください。カタカナの濁点・半濁点は一字として扱い、姓と名の間を一字あけてください。 ４　年号・性別・扶養手当欄の該当する項目を〇で囲んでください。　５　続柄は漢字で記入してください。

〒060-8560　札幌市中央区北１条西６丁目２番地 損保ジャパン札幌ビル５階　一般財団法人北海道公立学校教職員互助会　☎(011)211-6825（情報ｼｽﾃﾑｸﾞﾙｰﾌﾟ直通）