

特

被扶養者 認定 取消 申告書

所属コード				互助会員番号				氏名				所属所名							
								生年月日				昭・平・令 年 月 日							
認定（取消）を受けようとする者の氏名								性別	続柄	生年月日				認定（取消）年月日				被扶養者の要件を備え又は 欠くに至った年月日及びその 理由	
<div style="display: flex; align-items: center;"> [1 カタカナ] 2 漢字 </div>										年号	年	月	日	年号	年	月	日		
1								男	1					5					
2								女	2										
1								男	1					5					
2								女	2										
<p>上記のとおり申告します。</p> <p style="text-align: center;">一般財団法人 岩手県教職員互助会長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 (〒 -)</p> <p style="text-align: center;">住所 申告者 氏名</p>																			
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 (〒 -) (TEL - -)</p> <p style="text-align: center;">所属所在地 所属所名 職名 所属所長 氏名</p>																			

(注) 1 文部科学省共済、年金事務所へ提出した申請書の写しを添付してください。
 2 認定（取消）を受けようとする者の氏名を記入する場合は、姓と名の間を1字分空けてください。

年号コード
 昭和…3 平成…4 令和…5