

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			
1 カタカナ 2 漢 字																年号 年 月 日				年号 年 月 日							
1								男 1										5									
2								女 2																			
1								男 1										5									
2								女 2																			
上記のとおり申告します。 一般財団法人 岩手県教職員互助会長 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 (〒 - ) (TEL - - ) 所 属 所 在 地 所 属 所 名 職 名 所 属 所 長 氏 名																											

(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。