

# 【認定用】被扶養者申告書

※事実発生日の翌日から30日以内に提出してください。30日を超えた場合、差出日からの認定になります。

【注意】  
黒または青のボールペンで記入してください。  
(消せるボールペンは使用不可)

被扶養者について以下のとおり申告します。  
記入した事項について事実と相違ありません。また、認定後において、認定要件を欠いた場合には速やかに届出します。  
なお、虚偽の申告または届出を怠り給付金を受給した場合は、速やかに共済組合へて返還することを誓約します。

令和 年 月 日提出

【送付先】〒330-9793 埼玉県さいたま市中央区新都心3-1 日本郵政共済組合 共済センター 被扶養者担当 あて

A・組合員欄	① 組合員番号 (社員番号)	② 過去に郵政グループ各社に勤めていたことがある 1. はい 2. いいえ		③ 「1. はい」の場合、左記①の社員番号と異なる場合はその時の社員番号を記入	年	月	日	
	④ 組合員氏名 (フリガナ) (氏) (名)	⑤ 生年月日		3. 昭和 4. 平成				
	⑥ 現住所 〒 - - 都道 市区 府県 町村	⑦ 平日昼間連絡先 TEL ( ) ※日中繋がる電話番号を記入してください。		⑧ 勤務局所 TEL ( ) ※勤務局所に連絡する場合があります。	⑨ 勤務局所 ( )	郵便局 居 本社 支社 ( )	部 課 係 センター ( )	
	⑩ 向こう1年の収入推計額 (年収)	円	⑪ 単身赴任 ※該当する方のみ記入してください。	1. はい 2. いいえ	⑫ ⑩が「1. はい」の場合、住民票登録は単身赴任先でしょうか	1. はい 2. いいえ		

B・①・被扶養者欄	① 認定対象者氏名 (フリガナ) ※本名表記のみ (通称不可) 外字の場合ご希望に添えない場合があります。	(氏) (名)	② 続柄 1. 配偶者(夫・妻) 5. 兄・弟・姉・妹 2. 子 6. 孫 3. 父・母 7. その他 ( ) 4. 義父・義母	
	③ 性別 1. 男 2. 女	④ 生年月日 3. 昭和 年 月 日 4. 平成 5. 令和	⑤ 職業 ※現在の状況をお知らせください。 1. 無職 4. 小・中・高・大学生 ( 年生) 2. パート・アルバイト 5. 自営業 3. 派遣 6. その他 ( )	
	⑥ 向こう1年の収入推計額 (年収) 所得金額ではありません。税控除前の金額を記入してください。 課税非課税問わず全ての収入を記入してください。	⑦ 収入の種類 ※⑥の収入に該当するもの全てに○をつけてください。	1. 給与(賞与、交通費等含む) 4. 事業収入・不動産収入 7. 傷病手当金 2. 年金(老齢・退職・遺族・障害) 5. 配当金(株式・投信等) 8. 育児休業手当金 3. 企業年金・個人年金 6. 雇用保険(失業給付) 9. その他 ( )	
	⑧ 雇用保険の受給状況 (失業給付) 1. 受給資格なし 4. 受給中 2. 受給しない 5. 受給終了 3. 待機中 ( 年 月 日受給開始予定) 6. 期間延長	⑨ 住所 1. 同居 ⑩ 海外特例要件 ※日本国内に住居登録がないものの国内居住要件の例外に該当する場合記入 2. 別居 ※送金の証明書の添付が必要 3. 特定活動	1. 留学 4. 結婚 2. 同行家族 5. その他 ( ) 3. 特定活動	
	⑪ 被扶養者の要件を備えるに至った年月日 5. 令和 年 月 日	⑫ 被扶養者の要件を備えるに至った理由 1. 出生 4. 採用 7. 雇用保険受給終了 2. 退職 5. 結婚 8. 雇用条件変更 3. 収入減 6. 扶養替 9. その他 ( )	⑬ 現在の健康保険加入状況 1. 国保(市区町村) 2. 社保 3. 未加入	

⑭ 基礎年金番号 ※65歳未満の長期組合員の方で、かつ、認定対象者が20歳以上60歳未満の配偶者の場合は記入してください。(短期組合員及び任意継続組合員の配偶者は記入しないでください)

B・②・被扶養者欄	① 認定対象者氏名 (フリガナ) ※本名表記のみ (通称不可) 外字の場合ご希望に添えない場合があります。	(氏) (名)	② 続柄 1. 配偶者(夫・妻) 5. 兄・弟・姉・妹 2. 子 6. 孫 3. 父・母 7. その他 ( ) 4. 義父・義母	
	③ 性別 1. 男 2. 女	④ 生年月日 3. 昭和 年 月 日 4. 平成 5. 令和	⑤ 職業 ※現在の状況をお知らせください。 1. 無職 4. 小・中・高・大学生 ( 年生) 2. パート・アルバイト 5. 自営業 3. 派遣 6. その他 ( )	
	⑥ 向こう1年の収入推計額 (年収) 所得金額ではありません。税控除前の金額を記入してください。 課税非課税問わず全ての収入を記入してください。	⑦ 収入の種類 ※⑥の収入に該当するもの全てに○をつけてください。	1. 給与(賞与、交通費等含む) 4. 事業収入・不動産収入 7. 傷病手当金 2. 年金(老齢・退職・遺族・障害) 5. 配当金(株式・投信等) 8. 育児休業手当金 3. 企業年金・個人年金 6. 雇用保険(失業給付) 9. その他 ( )	
	⑧ 雇用保険の受給状況 (失業給付) 1. 受給資格なし 4. 受給中 2. 受給しない 5. 受給終了 3. 待機中 ( 年 月 日受給開始予定) 6. 期間延長	⑨ 住所 1. 同居 ⑩ 海外特例要件 ※日本国内に住居登録がないものの国内居住要件の例外に該当する場合記入 2. 別居 ※送金の証明書の添付が必要 3. 特定活動	1. 留学 4. 結婚 2. 同行家族 5. その他 ( ) 3. 特定活動	
	⑪ 被扶養者の要件を備えるに至った年月日 5. 令和 年 月 日	⑫ 被扶養者の要件を備えるに至った理由 1. 出生 4. 採用 7. 雇用保険受給終了 2. 退職 5. 結婚 8. 雇用条件変更 3. 収入減 6. 扶養替 9. その他 ( )	⑬ 現在の健康保険加入状況 1. 国保(市区町村) 2. 社保 3. 未加入	

⑭ 基礎年金番号 ※65歳未満の長期組合員の方で、かつ、認定対象者が20歳以上60歳未満の配偶者の場合は記入してください。(短期組合員及び任意継続組合員の配偶者は記入しないでください)

以下は共済組合で使用しますので、記入しないでください。

受付印	認定年月日	認定審査	システム入力	配偶者3号資格取得日
	B・①・被扶養者 令和 年 月 日	1 審口 2 審口	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	B・②・被扶養者 令和 年 月 日	印 印	印	

記載例

※事実発生日の翌日から

記号一 番号 01234567  
氏名 共済 太郎

養者申告書

を超えた場合、差出日から認定になります。

【注意】  
黒または青のボールペンで記入してください。  
(消せるボールペンは使用不可)

被扶養者について以下のとおり申告します。  
記入した事項について事実と相違ありません。また、認  
なお、虚偽の申告または届出を怠り給付金を受給した場

組合員番号

合には速やかに届出します。  
ることを誓約します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日提出

【送付先】〒330-9793 埼玉県さいたま市中央区新都心1-1 日本郵政共済組合 共済センター 被扶養者担当 あて

Form A: 組合員欄. Fields include: ① 組合員番号 (社員番号) 01234567, ② 過去に郵政グループ各社に勤めていたことがある (はい/いいえ), ③ 「1.はい」の場合、左記①の社員番号と異なる場合はその時の社員番号を記入, ④ 組合員氏名 (氏) キョウサイ 太郎, ⑤ 生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日, ⑥ 現住所 〒123-4567 埼玉県さいたま市中央区新都心1-2-3-4-5-6-7-8-9, ⑦ 平日昼間連絡先 TEL 〇〇(〇〇〇)〇〇〇, ⑧ 勤務局所 TEL 〇〇(〇〇〇)〇〇〇, ⑨ 勤務局所 〇×△ 窓口営業, ⑩ 向こう1年の収入推計額 (年収) 〇,〇〇〇,〇〇〇 円, ⑪ 単身赴任 (はい/いいえ), ⑫ ⑩が「1.はい」の場合、住民票登録は単身赴任先でしょうか (はい/いいえ).

Form B-1: 被扶養者欄. Fields include: ① 認定対象者氏名 (氏) キョウサイ 花子, ② 続柄 配偶者(夫・妻), ③ 性別 男/女, ④ 生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日, ⑤ 職業 無職/パート・アルバイト, ⑥ 向こう1年の収入推計額 (年収) 〇,〇〇〇,〇〇〇 円, ⑦ 収入の種類 (給与、年金、退職金等), ⑧ 雇用保険の受給状況 (受給資格なし/受給中/受給終了/待機中), ⑨ 住所 同居, ⑩ 海外特例要件, ⑪ 被扶養者の要件を備えるに至った年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日, ⑫ 被扶養者の要件を備えるに至った理由 (採用), ⑬ 現在の健康保険加入状況 (未加入), ⑭ 基礎年金番号 〇123-456789.

Form B-2: 被扶養者欄. Fields include: ① 認定対象者氏名 (氏) キョウサイ ユウタ, ② 続柄 子, ③ 性別 男/女, ④ 生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日, ⑤ 職業 無職, ⑥ 向こう1年の収入推計額 (年収) 〇 円, ⑦ 収入の種類 (給与、年金、退職金等), ⑧ 雇用保険の受給状況 (受給資格なし/受給中/受給終了/待機中), ⑨ 住所 同居, ⑩ 海外特例要件, ⑪ 被扶養者の要件を備えるに至った年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日, ⑫ 被扶養者の要件を備えるに至った理由 (採用), ⑬ 現在の健康保険加入状況 (未加入), ⑭ 基礎年金番号 〇123-456789.

以下は共済組合で使用しますので、記入しないでください。

Form C: 受付印, 認定年月日 (B-1/B-2), 認定審査 (1番口/2番口), システム入力 (令和 年 月 日), 配偶者3号資格取得日 (令和 年 月 日).

＜A・組合員欄＞

◎同時に複数の被扶養者の認定の申告をされる場合＜A・組合員欄＞の必要事項を全てご記入の上、コピーをしていただき＜B・被扶養者欄＞にそれぞれ対象となる被扶養者に関する必要事項をご記入ください。

項目	注意事項
①組合員番号（社員番号）	：会社で使用されている8桁の社員番号を記入してください。
②過去に郵政グループ各社に勤めていたことがある	：該当する番号を○で囲んでください。
③「1.はい」の場合、左記①の社員番号と異なる場合はその時の社員番号を記入	過去に郵政グループ各社でお勤めだった方で異なる社員番号をお持ちだった方は、③の欄にその当時の社員番号を記入してください。
④組合員氏名	：氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。
⑤生年月日	：年号は該当する番号を○で囲んでください。
⑥現住所	：住所は住民票に登録されているものと同じ住所を記入してください。
⑦平日昼間連絡先TEL、⑧勤務局所TEL	共済組合からお問い合わせの際に組合員とつながる番号を記入してください。 ：なお、共済組合からお問い合わせの際の電話番号は「0120-97-8484」とフリーダイヤルとなります旨を申し添えます。
⑨勤務局所	：現在お勤めされている勤務局所名、部課名等をご記入ください。
⑩向こう1年の収入推計額（年収）	：組合員の今後1年間の年間収入見込額をご記入ください。
⑪単身赴任	：会社都合で単身赴任をされている場合は「1」を○で囲んでください。
⑫⑬が「はい」の場合、住民票登録は単身赴任先でしょうか	：住民票の登録住所を単身赴任先にされている場合「1」を○で囲んでください。

＜B・被扶養者欄＞

◎①～⑨、⑪～⑬をご記入ください。なお、⑩及び⑭については、該当する方のみご記入ください。

項目	注意事項
①認定対象者氏名	氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。 ：※本名表記のみ（通称名不可）となります。 ※外字の場合ご希望に添えない場合があります。
②続柄	：被扶養者にしたい方の続柄の番号を○で囲んでください。
③性別	：性別を○で囲んでください。
④生年月日	：年号は該当する番号を○で囲んでください。
⑤職業	：該当する番号を○で囲んでください。
⑥向こう1年の収入推計額（年収）	今後1年間の年間収入見込額をご記入ください。 ：なお、ご提出いただいた所得証明書等でもってご申告の年間収入見込額を確認させていただくので、前年より収入が減る場合等は、組合員からのお申し出とその事実を確認することのできる資料を併せてご提出ください。 また、収入には、非課税対象のもの（障害・遺族年金、失業給付等）も含まれます。 非課税対象の収入がある場合は、受取金額が確認できる書類の写しをご提出ください。
⑦収入の種類	：⑥で記入いただいた収入について、該当する番号を全て○で囲んでください。
⑧雇用保険の受給状況（失業給付）	：被扶養者にしたい方の雇用保険の受給状況について該当する番号を○で囲んでください。
⑨住所	被扶養者にしたい方と組合員が同居しているか別居しているか申告してください。 ：なお、別居の場合は、必ず認定対象者1人につき生活費として毎月1回以上、金融機関を経由し、送金元が組合員かつ送金先が認定対象者であることが確認できる資料を提出してください。
⑩海外特例要件	被扶養者に認定したい方が、日本国内に住民登録がないものの国内居住要件の例外に該当する場合は記入してください。
⑪被扶養者の要件を備えるに至った年月日	：被扶養者の要件を備えることとなった事実の発生日を記入してください。
⑫被扶養者の要件を備えるに至った理由	：該当する番号を○で囲んでください。
⑬現在の健康保険加入状況	：認定対象者の現在の健康保険加入状況を記入してください。
⑭基礎年金番号	65歳未満の長期組合員の方で、かつ、被扶養者にしたい方が20歳以上60歳未満の配偶者の場合は記入してください。 ：短期組合員と任意継続組合員の配偶者は記入しないでください。

※  の箇所は、該当する方のみご記入していただく欄となります。