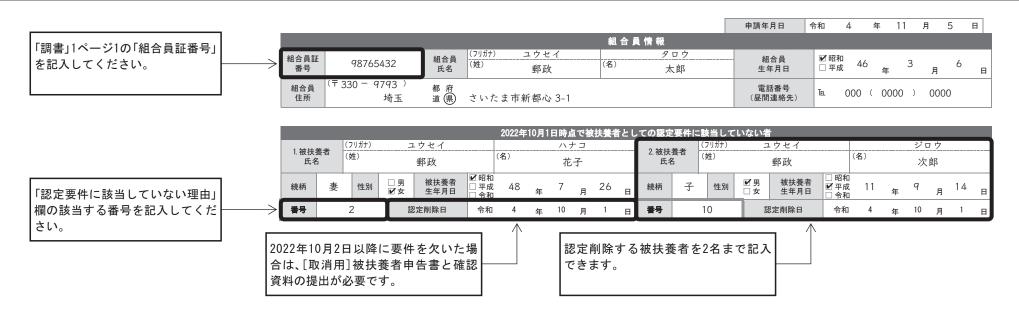
被扶養者の認定削除の申出書

【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)

協会けんぽから、日本郵政共済組合へ加入された2022年10月1日時点で、被扶養者として認定要件に該当していなかった場合は本書により被扶養者の認定削除を届け出てください。

面の記入	例を参照	してく	ださい)	_ ,-,	•			100			ип				3			16		#10	. = 11111				- (
																	申請年	月日	令和		ź	Ę.	F	1	F	3	
											組	自合	員作	青報													
且合員証 番号						(グリガナ) (姓) ((名	(名)						合員 年月日		昭和 平成		年		月		日	
組合員住所	(〒	_)	都が道り														話番号 連絡先)	TEL		()				
							2022年	10月1	日時点	点で日	本郵記	政共》	済組	合の認定要	件に	□該当して	いない)理由									
}					理由								番	号					理日	Ħ							
曾祖父	母と別居し	している	5										6	公的年金	の受	給が <u>なく</u> 、	雇用保障	倹給付を日	額3,61	2円以_	上受給	している	5				
60歳未													7	公的年金													
												8	別居して	いる	 家族の収入	額以上	の口座間は	送金(最	低送金	額5万	円/月)	をして	いない				
60歳以	 上で、公的:	 年金の5	ラ給が <u>あり</u>	、日額5,0	00円、月	····· 額150,	000円、	年額18	30万円	以上の	収入が	ある	9	2022年10	 月1日	の社会保障	 食の適用	拡大の該	当者にな	あたり、	他の社	会保険	〜加入	した			
障害年	 金を受給	 してい [.]	 て、日額5	000円、	 月額150.	000円	、年額	180万F	 9以上(の収入	 がある	3	10) その他(他	 也の社	 L会保険に	加入しが	た・就職した	こ・自立	こした	等)						
番号」欄(に上記表	ガナ)	由」の該	当番号を	記入して		2022年	10月1	日時点	点で被	∖扶養ः	者と		の認定要件 2.被扶養者	(:	フリガナ)	ない者	Ť									
氏名	(姓)					(名)							氏名	(姓)					(名)						
続柄	1	生別	□男□女	被扶養 生年月	1 .	昭和 平成 令和		年		月		日		続柄			□男□女	被扶養 生年月	19 -	□昭和 □平成 □令和		年		月		E	
番号			認	定削除日	-	令和	4	年	10	月	1	日		番号			部	思定削除日		令和	4	年	10	月	1	E	
2022年10月	月2日以降(こ要件を	を欠いたり	場合は、[耳	文消用]被	扶 養 者								aはてびき3/ で、記入しな													
		1.被扶養者審査欄											2.被扶養者審査欄														
		_		=		入力			入 力 -				-		=		入力		入力								
		審	,	審	,	-		,	=	,			審	,	審	,	-	,	-	1	,						



- ▶ 日本郵政共済組合の被扶養者認定基準については、てびき5ページへ掲載していますので、ご参照ください(協会けんぽの認定基準も参考までに掲載しています)。
- ▶認定要件に該当していない理由は他にも、「扶養替、結婚、離婚、死亡」等があります。1~9以外の場合は「10:その他」で申告をしてください。
- ▶認定削除する被扶養者が3名以上の場合は、本書をコピーしてご使用ください。
- ▶要件を欠いた日の例として、就職日が2022年11月1日であれば、要件を欠いた日も2022年11月1日です(この場合は要件確認及び取消申告の両方を提出してください)。

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 問い合わせ先:日本郵政共済組合コールセンター 電話:0120-97-8484 [土、日、祝日及び年末年始(12/29~1/3)を除く9:00~18:00] 詳しくは、共済組合ホームページをご確認ください。