様式第八号（第一条の五、第三十三条の四関係）

被扶養者認定申請書

下記のとおり申請します。
令和　年　月　日

日本私立学校振興・共済事業団理事長 殿

下記の申請は事実と相違ないものと認めます。

令和　年　月　日

学校法人等所在地	郵便番号（　　－　　）
学校法人等名	
代表者名	
事務連絡先電話番号（必ず記入してください）	市外局番　局番　番号（　　）　担当者氏名

加入者情報	加入者等記号・番号						加入者氏名		生年月日	資格取得年月日	加入者の年間収入
	県コード	学校	学校番号	個人番号	枝番						
								漢字	3 昭 4 平 5 令	3 昭 4 平 5 令	円

認定対象者情報											
対象者氏名	フリガナ		生年月日	続柄（該当箇所を○で囲んでください）						※コード	性別
	漢字		3 昭 4 平 5 令	妻	妻（未届）	夫	夫（未届）	子（実子）	子（養子）	父	母	その他（　　）	1.男 2.女
マイナンバー	1. 有 2. 無		配偶者の基礎年金番号	1. 有 2. 無						※認定年月日	5令　年　月　日
現住所				※事業団記入欄	居住先		解除		内発	遡及	高齢

郵便番号	フリガナ	ト・トウ ラ・ウ	シ ウ	ク・マチ・ガイ ムラ・ツ	町名以下
－	漢字	都・道 府・県	市 郡	区 町・村	

加入者と 同居・別居 （該当箇所を○で囲んでください）
別居の場合：（仕送り　有・無）

※別居

加入者の勤務先からの扶養手当支給の有無を○で囲んでください
有（月額　　円）・無　（必ずいずれかを○で囲んでください）

当年（事由発生時）1月1日時点の住所（上記現住所と同一であれば記入不要）

郵便番号	フリガナ	ト・トウ ラ・ウ	シ ウ	ク・マチ・ガイ ムラ・ツ	町名以下
－	漢字	都・道 府・県	市 郡	区 町・村	

被扶養者の要件を備えるに至った理由及び年月日（該当する理由を○で囲み、左に事由発生日を記入してください）　事由発生日　令和　年　月　日

・加入者の就職 ・出生 ・婚姻 ・被扶養者の離職 ・収入減少 ・解散、廃業 ・雇用保険受給終了 ・離婚 ・扶養替え ・国内居住 ・保険の切替（任意継続喪失・国保からの切替）
・その他（具体的に：　　）

認定対象者の年収見込み額（　　円）（1年分の収入についての合計額を記入してください）
内訳（上記の年収見込み額の内訳で下記の該当するものすべてを○で囲んでください）
・給与収入 ・営業、事業所得 ・不動産、配当等 ・傷病手当金 ・雇用保険受給（失業給付・育児休業給付金）・年金収入（老齢・遺族・障害・企業年金等）・その他（具体的に：　　）
・60歳以上で年金を受給していない人はその理由（　　）
・60歳未満で障害の状態にある又は配偶者等が死亡しているが、障害や遺族の年金を受給していない人はその理由（　　）

加入者が扶養する理由（子及び配偶者以外の認定申請の場合は必ず記入してください）

・加入者が扶養する理由（認定対象者の状況、加入者以外の扶養義務者が扶養できない理由等を記入してください）
（　　）
・加入者以外の扶養義務者の有無（対象者からみた続柄を○で囲んでください）
有：配偶者 ・父 ・母 ・子（成人した生活能力のある者）・その他（　　）
無：死別・離別等具体的に記入してください（　　）

1. ※欄は記入しないでください。
2. 認定対象者の住所・マイナンバーは必ず記入してください。

※発信年月日	令和　年　月　日