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 / 取消 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

	加入者等記号・番号 県コード	学種	学校番号	個人番号	枝番	加入者氏名 フリガナ / 漢字	生年月日 3昭 4平 5令　年　月　日	資格取得年月日 3昭 4平 5令　年　月　日	加入者の年間所得推計額
									円

配偶者

認定(取消)を受けようとする者の氏名(氏と名の間に△を入れてください)	生年月日	続柄 名称 / ※コード	性別	職業	年間所得推計額	扶養手当 有無 / 月額	被扶養者の要件を備え又は欠くに至った理由及び年月日 理由 / 年月日	※認定・取消年月日
フリガナ / 漢字	3昭 4平 5令　年　月　日		1. 男 2. 女		円	1. 有 2. 無 / 円	4平 5令　年　月　日	4平 5令　年　月　日

住所 世帯別	郵便番号	フリガナ / 漢字	都・道府・県 / 市郡 / 区町・村	基礎年金番号
1. 同一住所 2. 別住所	－（　－　）	トド・ウフ・ケン / シグン / クマチ・チョウムラ・ソン		1. 有 2. 無
町名・字名以下を記入してください。	フリガナ / 漢字			マイナンバー 1. 有 2. 無

子・父母等その他家族

認定(取消)を受けようとする者の氏名(氏と名の間に△を入れてください)	生年月日	続柄 名称 / ※コード	性別	職業	年間所得推計額	扶養手当 有無 / 月額	被扶養者の要件を備え又は欠くに至った理由及び年月日 理由 / 年月日	※認定・取消年月日
フリガナ / 漢字	3昭 4平 5令　年　月　日		1. 男 2. 女		円	1. 有 2. 無 / 円	4平 5令　年　月　日	4平 5令　年　月　日

住所 世帯別	郵便番号（　－　）	マイナンバー
1. 同一住所 2. 別住所		1. 有 2. 無

認定(取消)を受けようとする者の氏名(氏と名の間に△を入れてください)	生年月日	続柄 名称 / ※コード	性別	職業	年間所得推計額	扶養手当 有無 / 月額	被扶養者の要件を備え又は欠くに至った理由及び年月日 理由 / 年月日	※認定・取消年月日
フリガナ / 漢字	3昭 4平 5令　年　月　日		1. 男 2. 女		円	1. 有 2. 無 / 円	4平 5令　年　月　日	4平 5令　年　月　日

住所 世帯別	郵便番号（　－　）	マイナンバー
1. 同一住所 2. 別住所		1. 有 2. 無