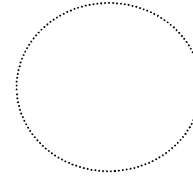


| | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|------|----|------|----|---|
| ※ 決 裁 | 年 | 月 | 日 | 事務局長 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
| | | | | | | | | |

共済組合受付印



被扶養者申告書 取消

 喪失証明書希望

(希望する場合は□にレ印を記入)

| | | | | | | |
|---|--|--|-------------|--------------|-------------------------------|---|
| 組合員氏名 | | | | 組合員証 記号番号 | [記号] | [番号] |
| 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 | | | 所属機関 名称 | | |
| 取消被 扶養者 ① | 氏名 | | | | 取消理由 及 び 該 当 日 | <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 所得の増加 <input type="checkbox"/> 失業等給付の受給開始 <input type="checkbox"/> その他 [年 月 日] (平成 年 月 日) |
| | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 | | | | |
| | 性別 | | 組合員 との続柄 | | 備考 | ※ 判 定 |
| 取消被 扶養者 ② | 氏名 | | | | 取消理由 及 び 該 当 日 | <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 所得の増加 <input type="checkbox"/> 失業等給付の受給開始 <input type="checkbox"/> その他 [年 月 日] (平成 年 月 日) |
| | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 | | | | |
| | 性別 | | 組合員 との続柄 | | 備考 | ※ 判 定 |
| 取消被 扶養者 ③ | 氏名 | | | | 取消理由 及 び 該 当 日 | <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 所得の増加 <input type="checkbox"/> 失業等給付の受給開始 <input type="checkbox"/> その他 [年 月 日] (平成 年 月 日) |
| | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 | | | | |
| | 性別 | | 組合員 との続柄 | | 備考 | ※ 判 定 |
| 上記のとおり申告します。 岡山県市町村職員共済組合 理事長 様 平成 年 月 日 [住所] [申告者] [氏名] (印) | | | | | | |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 [職名] [所属機関の長] [氏名] (印) | | | | | | |

(2017.1改訂)

【注意事項】

- 取消被扶養者が高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の規定による障害の認定を受けている場合には、「備考」欄にその者に係る被保険者証に記載された資格取得年月日および有効期間を記入してください。
- 取消被扶養者が国民年金法による第1号被保険者に該当する場合には、「国民年金第3号被保険者被扶養配偶者非該当届」を添付してください。
- の箇所については、該当する□の中にレ印を記入してください。
- ※印の欄には、記入しないでください。

| | | | |
|-----------------|---|---|---|
| ※被扶養配偶者 非該当届 | 済 | ・ | 未 |
| ※被扶養者証回収 | 済 | ・ | 未 |