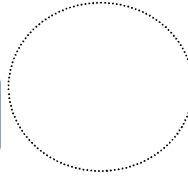


※ 決 裁	年	月	日	事務局長	課長	課長補佐	係長	係

共済組合受付印



喪失証明書が必要な場合には、
□にレ点をご記入ください。

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	共済 太郎			組合員証 記号番号	(記号) [番号] 000 123456	
生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	00年 00月 00日		所属機関 名称	00市	
取消被扶養者①	氏名	共済 花子		取消理由 及び	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 所得の増加 <input checked="" type="checkbox"/> 失業等給付の受給開始 その他 [] (平成00年00月00日)	
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	△△	認定を取り消すことになった理由と、該 当年月日をご記入ください。		
	性別	女	組合員 との続柄	妻	備考	※判定
取消被扶養者②	氏名	共済 小太郎		取消理由 及び	<input checked="" 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 [] (平成00年00月00日)	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	●●年 ●●月 ●●日		該当日	
	性別	男	組合員 との続柄	長男	備考	※判定
取消被扶養者③	氏名			取消理由 及び	<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 その他 [] (平成 年 月 日)	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			該当日	
	性別		組合員 との続柄		備考	※判定

新しく健康保険に加入される場合は、その
健康保険の保険証の写しを添付してくだ
さい。

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 00年 00月 00日

(住所) 00市 △△町 〇-〇-〇
(申告者) [氏名] 共済 太郎



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

この欄は所属所担当課で記入します

[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