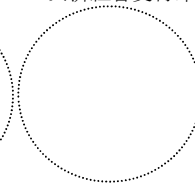
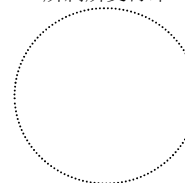


年 月 日	事務局長	課 長	課長補佐	係 長	係

所属所受付印

共済組合受付印



# 被扶養者申告書[取消]

 喪失証明書希望

組合員氏名		組合員証号	[記号]	[番号]	
生年月日	昭和 平成	年 月 日	所属機関名		
取消被扶養者①	氏 名		取 消 理 由	<input type="checkbox"/> 就職(社会保険加入) <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 [ ]	
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	該 当 日	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	<input type="checkbox"/> 就職(社会保険加入) <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 [ ]	
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	該 当 日	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	<input type="checkbox"/> 就職(社会保険加入) <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 [ ]	
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	該 当 日	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 令和 年 月 日 住所 申告者 氏名					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 職名 所属機関の長 氏名					

## 【注意事項】

(2022.1改訂)

- 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。
- 該当する口にはレ印を記入してください。また、※欄は記入しないでください。

※	国年3号非該当届	済	未
	被扶養者証回収	済	未