

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

喪失証明書を必要とする場合には、
□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

組合員氏名	共済 太郎		組合員証号	[記号] [番号] 000 123456	
生年月日	昭和 平成	▲▲年 〇〇月 ▼▼日	所属機関名	〇〇市	
取消被扶養者①	氏名	共済 花子	取消理由	<input type="checkbox"/> 就職(社会保険加入) <input type="checkbox"/> 所得の増加 <input checked="" 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	該 日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	性別	女	組合員との続柄	妻	備考
取消被扶養者②	氏名	共済 小太郎	取消理由	<input checked="" 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	該 日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	性別	男	組合員との続柄	長男	備考
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	該 日	年 月 日	
	性別		組合員との続柄		備考

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。

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

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

住所 〇〇市 ▲▲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。

この欄は所属所担当課で記入します

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□にはレ点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