

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 等 記 号 番 号	[記号] [番号] 000 1 2 3 4 5 6		
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	井波 花子		取消理由	☐ 就職(社会保険加入) ☐ 所得の増加 ☒ 失業等給付の受給開始 ☐ その他 []		
	生年月日	昭和 平成 令和 ▲▲ 年 〇〇 月 ▼▼ 日			該 当 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	※判定
取消被扶養者②	氏 名	共済 小太郎		取消理由	☒ 就職(社会保険加入) ☐ 所得の増加 ☐ 失業等給付の受給開始 ☐ その他 []		
	生年月日	昭和 平成 令和 ▲▲ 年 〇〇 月 ▼▼ 日			該 当 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	※判定
取消被扶養者③	氏 名			取消理由	☐ 就職(社会保険加入) ☐ 所得の増加 ☐ 失業等給付の受給開始 ☐ 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 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】

(2024.12改訂)

1 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。

2 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。

3 該当する□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