|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※共済組合使用欄 | 保険課長 | 担　　当 | 　※　一般等　・　短期　・　任意継続 |
|  |  |

2024.8.

YS32

**被扶養者申告書（取消）**

※任意継続は

　証明不要

　太枠内に必要事項を記入・該当の項目に〇をし、取消日の確認できる書類及び組合員被扶養者証等を添付のうえ、所属所の共済組合担当課へ提出してください。

　退職後、任意継続組合員となっている方が申請する場合は、共済組合へ直接提出（郵送）してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 山口県市町村職員共済組合　　理事長　　　　　　　　様　下記の者について、　被扶養者の取消を申告します。 | 所属機関名 |  |
| 組合員等記号・番号 | 　　　　　　　－ |
| 組合員氏　　名 |  |
| 組合員住　　所 | 〒　　　－ |
| 申告日 | 年　　月　　日 |
| 取消被扶養者１ | 氏名等 | 男 ・ 女　（続柄：　　　　） | 取消理由 | １.就職等による健康保険等加入２.収入の増加３.失業給付等の受給開始４.その他（　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 取消日 | 　　　年　　　月　　　日 | 返納のため添付した証 | ・組合員被扶養者証・高齢受給者証・限度額適用認定証　・特定疾病療養受療証 |
| ※共済組合使用欄 |
| 取消被扶養者２ | 氏名等 | 男 ・ 女　（続柄：　　　　） | 取消理由 | １.就職等による健康保険等加入２.収入の増加３.失業給付等の受給開始４.その他（　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 取消日 | 　　　年　　　月　　　日 | 返納のため添付した証 | ・組合員被扶養者証・高齢受給者証・限度額適用認定証　・特定疾病療養受療証 |
| ※共済組合使用欄 |
| 取消被扶養者３ | 氏名等 | 男 ・ 女　（続柄：　　　　） | 取消理由 | １.就職等による健康保険等加入２.収入の増加３.失業給付等の受給開始４.その他（　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 取消日 | 　　　年　　　月　　　日 | 返納のため添付した証 | ・組合員被扶養者証・高齢受給者証・限度額適用認定証　・特定疾病療養受療証 |
| ※共済組合使用欄 |
| ※共済組合受付印 | 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名　　　　　　　　　　　　所属所長　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　 |

１　組合員等記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番号申告票」の

　添付に代えることができます。

２　配偶者の取消を申告する場合で、その者が国民年金第３号被保険者に該当していたときは、「国民年金第３号

　被保険者関係届」を提出してください。ただし、取消理由が１（健康保険加入）のときは提出を省略できます。

３　取消日が確認できる書類の詳細は、所属所の共済組合事務担当課又は共済組合へお尋ねいただくか、共済組合

　ホームページ・各種請求用紙の「被扶養者取消時の提出書類」で確認してください。

４　申請後、資格喪失証明書を送付します。