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

2023.2.

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 | | 希望のときは  □にチェック | □ 資格喪失証明書希望 | |
| 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。