

※ 共済組合 使用欄	保険課長	担 当	※ 一般等 ・ 短期 ・ 任意継続

## 被扶養者申告書（取消）

太枠内に必要事項を記入・該当の項目に○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 <input type="checkbox"/> にチェック	<input type="checkbox"/> 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	

※任意継続は  
証明不要

- 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。