

起案			年	月	日	決裁			年	月	日
事務局次長	課長	課長補佐	主幹			主査		主任		担当者	

被扶養者申告書

喪失

組合員記号・番号		—			所属所名					
組合員	フリガナ				回収年月日	年 月 日				
	氏名				被扶養者資格喪失証明書の要・不要について、○で囲んでください。			要 ・ 不要		
取消を受けようとする者の氏名 (フリガナ)		性別	生年月日	職業		現住所		資格喪失後に加入する保険者の名称、保険者番号、記号番号枝番及び加入年月日		
		続柄		年間所得推計額						
		男・女								
被扶養者の要件を欠くに至った年月日及びその理由		年 月 日		・就職 ・収入増加 ・離婚 ・死亡 ・別居 ・失業保険の受給 ・その他()						
		男・女								
被扶養者の要件を欠くに至った年月日及びその理由		年 月 日		・就職 ・収入増加 ・離婚 ・死亡 ・別居 ・失業保険の受給 ・その他()						
		男・女								
被扶養者の要件を欠くに至った年月日及びその理由		年 月 日		・就職 ・収入増加 ・離婚 ・死亡 ・別居 ・失業保険の受給 ・その他()						
		男・女								
被扶養者の要件を欠くに至った年月日及びその理由		年 月 日		・就職 ・収入増加 ・離婚 ・死亡 ・別居 ・失業保険の受給 ・その他()						
		男・女								
上記のとおり申告します。									所属所受付印	
和歌山県市町村職員共済組合理事長 様										
年 月 日										
住所										
申告者 氏名										
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。										
年 月 日										
職名										
所属所長 氏名										

※ 裏面の（資格喪失時の注意事項）をよくお読みください。

※国民年金第3号 (共済組合記入欄)	提出有 ・ 不要
-----------------------	----------

(資格喪失時の注意事項)

1. 被扶養者の要件を欠くに至った場合は、速やかに、本申告書にその年月日を確認できる書類(資格情報通知書の写し)と、組合員被扶養者証または資格確認書(所持者のみ)等を添付の上、提出してください。
2. 資格喪失後に本組合の保険で受診された場合、その医療費を返還いただくこととなります。
3. 国民年金第3号被保険者が資格喪失した場合には、以下のとおり国民年金の種別変更を行ってください。
 - ① 第3号→第1号(国民年金)の場合・・・居住地の役所等においてご自身で手続きしてください。
 - ② 第3号→第2号(会社員・公務員)の場合・・・就職先において手続きしてください。

起案			年	月	日	決裁			年	月	日
事務局次長	課長	課長補佐	主幹			主査		主任		担当者	

被扶養者申告書

喪失

所属所で回収した年月日を記入してください。

組合員記号・番号		〇〇〇〇 — 〇〇〇〇			所属所名		〇〇市	
組合員	フリガナ	〇〇 〇〇			回収年月日		年 月 日	
	氏名	〇〇 〇〇			被扶養者資格喪失証明書の要・不要について、○で囲んでください。		要 ・ 不要	
取消を受けようとする者の氏名 (フリガナ)		性別	生年月日	職業		現住所		資格喪失後に加入する保険者の名称、保険者番号、記号番号枝番及び加入年月日
		続柄		年間所得推計額				
〇〇 〇〇		男・女	〇〇年 〇〇月 〇〇日	無職		〇〇市〇〇△△		国民健康保険加入予定
〇〇 〇〇		配偶者						
被扶養者の要件を欠くに至った年月日及びその理由		〇〇年〇〇月〇〇日		<input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> 離婚 <input checked="" type="checkbox"/> 失業保険の受給 <input type="checkbox"/> その他()				
		男・女						
被扶養者の要件を欠くに至った年月日及びその理由		年 月 日		<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 失業保険の受給 <input type="checkbox"/> その他()				
		男・女						
被扶養者の要件を欠くに至った年月日及びその理由		年 月 日		<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 失業保険の受給 <input type="checkbox"/> その他()				
		男・女						
被扶養者の要件を欠くに至った年月日及びその理由		年 月 日		<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 失業保険の受給 <input type="checkbox"/> その他()				
		男・女						
上記のとおり申告します。							所属所受付印	
和歌山県市町村職員共済組合理事長 様 〇〇年〇〇月〇〇日 住所 〇〇市〇〇△△ 申告者 氏名 〇〇 〇〇								
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。								
〇〇年〇〇月〇〇日 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 〇〇 〇〇								

※ 裏面の（資格喪失時の注意事項）をよくお読みください。

※国民年金第3号 (共済組合記入欄)	提出有 ・ 不要
-----------------------	----------