

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

組合員証記号・番号		—			所属所名			
組合員	フリガナ				証回収年月日		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 保険証の名称、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、速やかに組合員被扶養者証等を返納してください。
また、被扶養者の要件を欠くに至った年月日等を確認できる書類を添付してください。
2. 証回収年月日について、所属所で証を回収した年月日を記載してください。
3. 資格喪失後に組合員被扶養者証等を使用して医療機関等で受診された場合には、その医療費は返還していただくこととなります。
4. 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

所属所で証を回収した年月日を記入してください。

組合員証記号・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			証回収年月日		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証の名称、保険者番号、記号番号枝番及び加入年月日	
〇〇 〇〇		続柄	〇〇年 〇〇月 〇〇日	年間所得推計額	〇〇市〇〇△△		国民健康保険加入予定	
〇〇 〇〇		男・女	〇〇年 〇〇月 〇〇日	無職				
		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			・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								
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
--------------------	----------