被扶養者認定の取消をする（妻：年金額の増額改定、長男：就職の場合）

任意継続組合員・被扶養者申告書

申告事項・・・記号及び（　）内の該当事項を○で囲んでください。
ア 任意継続組合員資格喪失申出
（就職＜健康保険加入＞・国民健康保険へ移行・死亡・（　　））
イ 被扶養者（認定・取消）申告
ウ 記載事項変更申告（任意継続組合員・被扶養者）
エ 公費負担医療受給届（組合員・被扶養者）

組合員番号を記入

※整理コード	任意継続組合員番号
	2 2 0 0 0 0 0

＊新たに申告する項目、変更・訂正をする項目について記入してください。

任意継続組合員に関する事項

フリガナ / 任意継続組合員氏名	性別	生年月日 年号	年	月	日	給付金等振込口座	支店	口座番号
(姓) (名)	男	昭				1 群馬銀行 2 中央労働金庫	金融機関コード 支店コード	

「任意継続組合員に関する事項」は記入する必要はありません

郵便番号	住所	公費 コード	開始・終了 年号	年	月	日
－			平令			

※資格喪失 年号	年	月	日
令			

＊性別・年号は該当する方を○で囲んでください
＊年月日は２桁で記入してください　例）７月･･･07，６日･･･06
＊住所について、群馬県内は市・郡名から、県外は都道府県名から記入してください
＊続柄は「長男」「二女」のように記入してください

被扶養者に関する事項

フリガナ / 被扶養者氏名	性別	生年月日 年号	年	月	日	続柄	職業年収	同居別居
(姓) アカギ 赤城 (名) ハナコ 花子	男 女	昭 平 令	3	0	0 4	0 9	妻	円 同居 別居

認定取消をしようとする被扶養者について記入してください

公費 コード	開始・終了 年号	年	月	日	住所（組合員と住民登録が異なる場合のみ記入） 郵便番号	※認定・取消 年号	年	月	日	※30日経過	※削除	※取消区分
	平令				－	令						

フリガナ / 被扶養者氏名	性別	生年月日 年号	年	月	日	続柄	職業年収	同居別居
(姓) アカギ 赤城 (名) イチロウ 一郎	男 女	昭 平 令	0	9	0 8	2 7	長男	円 同居 別居

公費 コード	開始・終了 年号	年	月	日	住所（組合員と住民登録が異なる場合のみ記入） 郵便番号	※認定・取消	※30日経過	※削除	※取消区分
	平令				－				

認定取消となる事由とその事実発生日の分かる書類を添付してください
※詳しくは共済組合までお問い合わせください

申告理由等

申告の理由、その事実発生年月日、添付した書類及び変更･訂正前の内容等を、具体的に記入

妻　花子　年金額の増額改定　　年額185万円
　　添付書類　：　年金額改定通知書の写し（令和○年○月○日　受領）
長男　一郎　令和○年○月○日　就職のため認定取消
　　添付書類　：　健康保険証の写し（または採用辞令の写しなど）被扶養者証　返納
※資格確認書が発行されている場合は、資格確認書

資格確認書の交付が必要（マイナ保険証を保有していない）　☐

☑ 上記のとおり申告します。
☐ 地方公務員等共済組合法第１４４条の２第５項第５号の規定により、
任意継続組合員でなくなることを希望するので申し出ます。

公立学校共済組合群馬支部長　様
令和　　○年　○月○○日

郵便番号　３７１－□□□□
申告者（任意継続組合員）　住所　前橋市××町１－２３
氏名　赤城　太郎
自宅（または携帯）電話番号　０２７－２△△－××××

※共済組合受付日

(注) ※の欄は記入しないでください。

※共済組合処理日
月　日