　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**被扶養者用**

**任意継続組合員被扶養者取消申出書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **任意継続組合員証記号番号** | | **公立神奈川　　　　　　　　（←6桁の番号）** |
| **任意継続組合員の被扶養者の認定を受けていた者がその要件を欠くに至ったため、取消を**  **申し出ます。**  **公立学校共済組合神奈川支部長　殿**  **年　　月　　日**  **申出者　氏名（署名）**    **住所　〒**  **電話** | | |
| **被　扶　養　者　氏　名** | **( 続柄　　　　　)** | |
| **取 　消 　年 　月 　日** | **年　　　　　月　　　　　日** | |
| **取 　　消 　　理 　　由** | **１　就職先の健康保険に加入**  **２　所得超過**  **３　扶養替え**  **４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | |
| **資格喪失証明書の発行**  （国民健康保険加入時等に必要） | **必要　　・　　不要**  (どちらかを○で囲んでください。) | |

* 国民健康保険加入時に必要な資格喪失証明書は、**任意継続組合員被扶養者証（保険証）の返納確認後**

に郵送します。

**添付書類等**

**◆ 就職先の健康保険に加入された方**

**○** 就職先の保険証の写しまたは辞令の写し等

**◆ 所得超過による取消の方**

**○**所得超過を証明する書類（給与明細書の写し・年金証書等の写し等）

**◆ その他**

**○**任意継続組合員が資格を喪失する場合は被扶養者も同時に資格を喪失しますので、この申出書を提出する必要はありません。

**※　任意継続組合員被扶養者証は、速やかに返納してください。**

**送付先**

**〒231-8309横浜市中区日本大通5-1　公立学校共済組合神奈川支部　給付グループ**

**※共済組合使用欄**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **受付日** | **証返納済** | **証明書送付済** | **入力済** |
|  |  |  |  |