

地 方 公 務 員 等 共 済 組 合 「 取 消 」 申 告 書

【任意継続組合員の場合】
所属コード ⇒ 999999
所属所名 ⇒ 任意継続組合員
としてください。

所属コード	所属所名	組合員氏名	組合員等記号番号
452000	共済小学校	公立 花子	公立三重 98765432

続柄	フリガナ 取消を受けようとする者の氏名	被扶養者の要件を欠くに 至った理由及び年月日	資格喪失証明書の交付 ※希望する場合は☑してください。
夫	コウリツ タロウ 公立 太郎	就職 令和〇〇年〇〇月〇〇日	☒ 交付を希望する

被扶養者の要件を喪失した年月日及び
その理由を具体的に記入してください。
(例：就職の場合は就職した日)

対象者が国民健康保険、国民年金、他の
家族の扶養に入る等の手続きに必要な
「資格喪失証明書」の交付を希望する
場合は☑を入れてください。

[資格確認書貼付欄]

**資格確認書(有効期限内のもの)をセロハンテープ又は
ホチキス等で書類から外れないよう貼り付けてください。
限度額適用認定証や高齢受給者証も発行している場合、
それも添付してください。**

**必ず
添付
してください。**

次の①から③の全ての条件にあてはまる被扶養配偶者を取り消す場合は「国民年金第3号被保
険者関係届」も併せてご提出ください。
① 組合員は65歳未満
② 対象の配偶者は20歳以上60歳未満
③ 対象の配偶者は厚生年金・共済組合には加入しない

※取消年月日				※取消事由						※証回収年月日				※第3号届	
年号	年	月	日	1	他制度	2	転出	3	死亡	年号	年	月	日	要	不要
				4	収入超過	5	超過見込	6	送金無					☐	☐
				7	共同扶養										

上記のとおり申告します。

公立学校共済組合三重支部長 様 住所 三重県〇市〇〇町〇〇〇番地

令和 〇 年 〇 月 〇 日 申告者 氏名 公立 花子

TEL 059 - 224 - XXXX

(注) その他の添付書類や注意事項は裏面をご覧ください。

審査	※	入力	※	発行	※	送付	※
----	---	----	---	----	---	----	---