

福祉美老「取消」申告書

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

組合員証を確認し、組合員証番号を記入  
 （右詰め、頭0埋め）してください。

所属コード	所属所名	組合員氏名	組合員証記号番号
4 5 2 0 0 0	共済小学校	公立 花子	公立三重 9 8 7 6 5 4 3 2

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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。

公立学校共済組合 家族 平成18年12月01日  
 交付  
 組合員被扶養者証 記号 公立三重 番号  
 98765432  
 氏 名 公立 太郎  
 組合員氏名 公立 花子

被扶養者証  
 必ず「取消書」  
 （限度額適用認

え、  
 さい。  
 添付してください。）

次の①から③の全ての条件に当てはまる場合は「同居世帯第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
- ③ 対象の配偶者は厚生年

被扶養者証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。

※取消年月日				※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					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				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	※
----	---	----	---	----	---	----	---