

被扶養者の資格喪失に伴う 給付金等の返納に係る同意書

組 合 員 氏 名		所 属 所 名	
組 合 員 番 号		所 属 所 コー ド	
対象被扶養者・氏名			
組 合 員 と の 続 柄			
資 格 喪 失 年 月 日	年 月 日（被扶養者の取消日）		

※

私は、上記被扶養者の資格喪失日以降支給を受けた給付金等について、後日返納いたします。

※返納対象となる給付金等

- | | |
|--------|--|
| （共済組合） | 家族療養の給付、高額療養費、家族療養費附加金、家族食事療養費、家族療養費、家族移送費
家族出産費、家族埋葬料、家族弔慰金、家族訪問看護療養費、家族訪問看護療養費附加金 |
| （互助会） | 家族療養費、家族出産費、入院費補助、遺児給付金、家族埋葬料 |

公立学校共済組合埼玉支部長 } 様
 一般財団法人埼玉県教職員互助会理事長 }

令和 年 月 日

上記のとおり相違ありません。

所 属 所 名

組 合 員 氏 名

- (注)1 この同意書は、共済組合及び互助会の資格取消しをする場合、必ず提出してください。
 2 後日(概ね4か月後)、被扶養者の資格喪失日以降に支給した給付金等を返納請求しますので、速やかに払い込みをしてください。
 3 被扶養者の資格を遡及して取り消した場合は、所属所受付日から2年間遡り返納していただきます。

資格管理担当記入欄

所属所受付年月日	担当者印	備 考