

取消：社会保険等加入

資格確認書・高齢者証回収 / 未 無

課長	課長補佐	係長	係
----	------	----	---

所属所受付印

R

※申告が可能と確認できた日

共済被扶養者申告書(就職)

この用紙は、就職して他の健康保険に加入した場合の扶養取消専用様式です。
※1日でも社会保険等に参加した場合は、必ず取消手続きをする必要があります。

※太枠内を記入してください

R8.4

所属所名(市町等)	所属所コード	組合員等番号(右づめ)	組合員氏名

取消を申告する被扶養者 ※左詰め、氏名の間は1文字開けてください

カ		生年月日	年齢	性別
氏名 <small>全角12文字</small>		昭和 平成	年 月 日	男・女
※住民票上の氏名が異なる場合は記入してください↓ ※別居の場合は別住所を記入してください↓				
※住民票上の氏名(カ)		()		
※別居の場合 記入→	〒	-		
続柄コード	続柄	←戸籍上の続柄(例:長男、二女)を記入してください。		事由発生日
	申告の理由	就職し、他の健康保険に加入したため。		令和 年 月 日

添付資料

該当するものにチェックし、資料を添付してください。

就職先の資格取得日が確認できるもの

・資格情報のお知らせのコピー、資格確認書のコピー、マイナポータルの資格情報の画面を印刷したもの(いずれも氏名、生年月日、資格取得日、保険者名がわかるもの)など、いずれか1つ

有効期限内の資格確認書、高齢受給者証

・お持ちの場合は、返却してください

※ 配偶者を取り消す場合、国民年金第3号被保険者関係届(非該当)は提出不要です。

共済記入欄	事由	元号	年	月	日	備考
	34	5				

※ 社会保険等に参加せず勤務を開始した場合は、共済被扶養者申告書(認定・取消)で申請してください。

※ 資格喪失後に当組合の資格で医療機関や人間ドック等を受診されていた場合、自己負担を除く当組合負担分を返還していただく場合があります。

上記のとおり申告します。 三重県市町村職員共済組合理事長 様 住所 申告者 氏名 令和 年 月 日	所属所証明欄(市町長、管理者等) 上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名
--	---



課長	課長補佐	係長	係
----	------	----	---

所属所受付印

※申告が可能と確認できた日

共済被扶養者申告書(就職)

この用紙は、就職して他の健康保険に加入した場合の扶養取消専用様式です。
 ※1日でも社会保険等に参加した場合は、必ず取消手続きをする必要があります。

※太枠内を記入してください

R8.4

所属所名(市町等)	所属所コード	組合員等番号(右づめ)	組合員氏名
あいうえお市	4 0 0	1 2 3 4 5	共済 太郎

取消を申告する被扶養者 ※左詰め、氏名の間は1文字開けてください

カ	キョウサイ カズオ	生年月日	年齢	性別
氏名 <small>全角12文字</small>	共 済 一 男	昭和 平成 8年10月10日	29	男・女
※住民票上の氏名が異なる場合は記入してください↓ ※別居の場合は別住所を記入してください↓				
※住民票上の氏名(カ)		()		
※別居の場合 記入→	〒 -			
続柄コード	続柄	←戸籍上の続柄(例:長男、二女)を記入してください。		事由発生日
	長男	申告の理由 就職し、他の健康保険に加入したため。		令和8年4月1日

添付資料

該当するものにチェックし、資料を添付してください。

就職先の資格取得日が確認できるもの

- 資格情報のお知らせのコピー、資格確認書のコピー、マイナポータルの資格情報の画面を印刷したもの(いずれも氏名、生年月日、資格取得日、保険者名がわかるもの)など、いずれか1つ

有効期限内の資格確認書、高齢受給者証

- お持ちの場合は、返却してください

※ 配偶者を取り消す場合、国民年金第3号被保険者関係届(非該当)は提出不要です。

共済記入欄	事由	元号	年	月	日	備考
	34	5				

- ※ 社会保険等に参加せず勤務を開始した場合は、共済被扶養者申告書(認定・取消)で申請してください。
- ※ 資格喪失後に当組合の資格で医療機関や人間ドック等を受診されていた場合、自己負担を除く当組合負担分を返還していただく場合があります。

上記のとおり申告します。 三重県市町村職員共済組合理事長 様	所属所証明欄(市町長、管理者等) 上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。
住所 三重県津市河芸町〇〇 ***-*** 申告者 氏名 共済 太郎	職名 所属所長 氏名 所属所担当者記入欄