

被扶養者申告書（取消）

組合員証記号番号	フリガナ	000 000	
北都市 〇 第 0000 号	組合員氏名	〇〇 〇〇	

認定を取消する者	フリガナ	000 000	性別	続柄	生年月日	※共済組合で記入します。 取消年月日 令和 年 月 日	
	氏名	〇〇 〇〇	男・女	妻	昭平令 〇 〇 〇		取消年月日 令和 年 月 日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	※別居の場合は記入してください。 〒	職業	年間所得推計額		令和 年 月 日
	被扶養者の要件を欠くに至った年月日及びその理由	令和〇年〇月〇日	理由： 雇用保険受給開始のため		円		年 月 日

取消する者	フリガナ	000 000	性別	続柄	生年月日	※共済組合で記入します。 取消年月日 令和 年 月 日	
	氏名	〇〇 〇〇	男・女	長男	昭平令 〇 〇 〇		取消年月日 令和 年 月 日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	※別居の場合は記入してください。 〒△△△△-△△△△	職業	年間所得推計額		令和 年 月 日
	被扶養者の要件を欠くに至った年月日及びその理由	令和〇年〇月〇日	理由： 就職のため		円		年 月 日

取消する者	フリガナ		性別	続柄	生年月日	※共済組合で記入します。 取消年月日 令和 年 月 日	
	氏名		男・女		昭平令		取消年月日 令和 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	※別居の場合は記入してください。 〒	職業	年間所得推計額		令和 年 月 日
	被扶養者の要件を欠くに至った年月日及びその理由	令和 年 月 日	理由：		円		年 月 日

上記のとおり申告します。

北海道都市職員共済組合理事長 様

令和 〇 年 〇 月 〇 日 〒 〇〇〇〇-〇〇〇〇

組合員が署名してください。 住所 〇〇市〇〇町〇条〇丁目〇〇番地

組合員 氏名 〇〇 〇〇

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 〇 年 〇 月 〇 日 職名 〇〇 市長

所属所長 氏名 〇〇 〇〇

- 扶養事実の消滅の理由は、「被扶養者の要件を欠くに至った年月日及びその理由」欄に具体的に詳しく書いて下さい。
 - 取消年月日が確認できる書類を添付してください。（コピー可）
- 【例】・婚姻、離婚＝戸籍謄本又は抄本 ・就職＝健康保険証又は雇用契約書 ・収入増加＝雇用契約書取消に至る給与明細書等
・年金の発生又は増加＝年金証書、改定通知書等 ・雇用保険受給開始＝雇用保険受給資格者証 ・別居＝住民票