別紙様式第15号

課長		課長補佐		係長		係	

受付印必要

所属所受付印

被扶養者申告書
（取消用）

組合員証記号番号				所属機関名	組合員氏名
記号		番号			

生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日	資格喪失証明書　（ 要 ・ 不要 ）

取消を受けようとする者にかかる事項

ふりがな 氏名	続柄 性別	生年月日	職業 年間所得額	住所区分	扶養手当	担当者証明	要件不該当となった年月日及びその理由	※取消日 ※事由
		S H R	円	同居 ・ 別居 住所（別居の場合のみ）	有 ・ 無			
		S H R	円	同居 ・ 別居 住所（別居の場合のみ）	有 ・ 無			
		S H R	円	同居 ・ 別居 住所（別居の場合のみ）	有 ・ 無			

上記のとおり申告いたします。

高知県市町村職員共済組合　理事長　殿

令和　　年　　月　　日　　氏名

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和　　年　　月　　日　　職名

所属機関の長

氏名

＊所属所受付印欄には、本人から申告書が提出された日の受付印を押印してください。
＊続柄には、「子」ではなく戸籍上の**「長男」「養子」「養女」**などを記入してください。
＊取消を受けようとする者が資格確認書等（被扶養者証・高齢受給者証・限度額適用認定証を含む）の発行を受けている場合は、それらを添付してください。