

事務長	事務次長	班長	担当	原票

## 任意継続組合員申出時の被扶養者取消確認書

※現在、認定されている被扶養者について、就職等により認定の継続を希望しない場合は、継続しない被扶養者氏名を下記に記入し提出してください。  
 (被扶養者の資格喪失日は、組合員の退職日の翌日となります)

組合員証記号番号	組合員氏名	退職時の所属機関名

### 取消を受けようとする被扶養者

1	被扶養者氏名		性別	続柄	生年月日			
	フリガナ				男	女	元	年
	漢字							
	住所	〒 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>						
2	被扶養者氏名		性別	続柄	生年月日			
	フリガナ				男	女	元	年
	漢字							
	住所	〒 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>						
3	被扶養者氏名		性別	続柄	生年月日			
	フリガナ				男	女	元	年
	漢字							
	住所	〒 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>						

上記のとおり報告します。  
 地方職員共済組合沖縄県支部長 殿

令和      年      月      日

〒     -

住所  
 組合員 氏名

- ※ 1枚に収まらないときは複数枚作成し、まとめて提出してください。
- ※ 退職前に認定されていた任意継続組合員の被扶養者で、退職日以降も被扶養者の要件を満たす者は、自動的に認定継続となります。被扶養者全員を認定継続するのであれば、この書類は提出不要です。

地共済受付印

任意継続を希望し、認定取消を希望する  
 被扶養者がいる場合のみ提出。  
 ※該当者がいなければ提出の必要なし。  
 《提出先》 地共済

## 任意継続組合員申出時の被扶養者取消確認書

※現在、認定されている被扶養者について、就職等により認定の継続を希望しない場合は、継続しない被扶養者氏名を下記に記入し提出してください。

(被扶養者の資格喪失日は、組合員の退職日の翌日となります)

組合員証記号番号	組合員氏名	退職時の所属機関名
1 2 3 4 5 6 7	共済 太郎	総務部職員厚生課

取消を受けようとする被扶養者										
1	被扶養者氏名		性別	続柄	生年月日					
	フリガナ	キョウサイ イチロウ			元	年	月	日		
	漢字	共済 一郎	男	長男	H	0	4	0	5	2
住所	〒 8 1 2 - 0 0 5 3 福岡県福岡市東区箱崎〇-〇-〇 アパート〇号室									
2	被扶養者氏名		性別	続柄	生年月日					
	フリガナ				元	年	月	日		
	漢字		男	女						
住所	〒 [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]									
3	被扶養者氏名		性別	続柄	生年月日					
	フリガナ				元	年	月	日		
	漢字		男	女						
住所	〒 [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]									
<p>上記のとおり報告します。            地方職員共済組合沖縄県支部長 殿</p> <p>令和 3 年 2 月 3 日</p> <p>〒 9 0 0 - 0 0 2 1            那覇市泉崎〇丁目〇番地〇号 アパート〇号室</p> <p>組合員 住所            氏名 共済 太郎</p>										

- ※ 1枚に収まらないときは複数枚作成し、まとめて提出してください。
- ※ 退職前に認定されていた任意継続組合員の被扶養者で、退職日以降も被扶養者の要件を満たす者は、自動的に認定継続となります。被扶養者全員を認定継続するのであれば、この書類は提出不要です。

地共済受付印
--------