

扶養取消の申立書

1. 扶養を取り消そうとする者

氏名 職業 続柄 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 歳

2. 申し立て

扶養の取消手続きをお願いします。医療費の返納等が生じた場合は速やかに対応します。

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

文部科学省共済組合 琉球大学支部長 殿

所属部課名
申告者 氏名

※この理由書は、一人につき一枚とすること。

※申立書はより詳しく記入して下さい。