

介護保険第2号被保険者資格に関する届出書

組合員証記号番号		組合員氏名	所属所名							
3	3	3	—	1	2	3	4	5	共 済 太 郎	〇〇市
適用除外者名	組合員の氏名		生 年 月 日							
			昭 和	年	月	日				
			平 成							
	被扶養者の氏名		生 年 月 日							
		共 済 花 子		昭 和	△△	年	5	月	5	日
		平 成								
適用除外の理由		1 国外居住者 <input type="radio"/> 2 施設入所者 <input checked="" type="radio"/>								
該当・非該当の別		<input checked="" type="radio"/> 1 該当 <input type="radio"/> 2 非該当								
該当・非該当の年月日		令和 △△ 年 4 月 1 日								
適用除外施設の名称		〇〇園								
施設の所在地		郵便番号 ××× - ×××× 群馬県〇〇市△△町123 電話 〇〇〇 (××××) 1234								
地方公務員等共済組合法施行規程第119条の3及び4の規定に基づき、上記のとおり届出いたします。 群馬県市町村職員共済組合理事長 様 令和 △△ 年 4 月 10 日 届出者 住所 群馬県前橋市元総社町335-8 組合員氏名 共 済 太 郎										
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 群馬県市町村職員共済組合理事長 様 令和 △△ 年 4 月 10 日 所属所長 職名 〇 〇 市 長 氏名 赤 城 一 郎										

* 適用除外の理由が国外居住の場合には、「住民票の除票」を添付願います。