

## 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
-		
適用除外者名	組合員の氏名	生 年 月 日
		昭和 平成      年      月      日
	被扶養者の氏名	生 年 月 日
		昭和 平成      年      月      日
適用除外の理由	1 国外居住者      2 施設入所者	
該当・非該当の別	1 該当      2 非該当	
該当・非該当の年月日	平成      年      月      日	
適用除外施設の名称		
施設の所在地	郵便番号      -	
	電話      (      )	
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">群馬県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">平成      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">住所 届出者      組合員氏名      印</p>		
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">群馬県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">平成      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">職名 所属所長      氏名      印</p>		

\* 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。