

## 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 濟 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				
	被扶養者の氏名		生 年 月 日							
	共 濟 花 子		昭和	△△年	5月	5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		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 殿										
平成 △△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 濟 太 郎 印										
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 殿										
平成 △△年 4月 10日										
所属所長 職名 〇〇市長										
氏名 赤 城 一 郎 印										

\* 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。