介護保険第2号被保険者資格に関する届出書

組合員等記号・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	令和　　年　　月　　日
適用除外施設の名称	
施設の所在地	郵便番号　　― 電話　　（　　）

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　　月　　日

届出者　住所
組合員氏名

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　　月　　日

所属所長　職名
氏名

＊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。