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
333	－	12345	共　済　太　郎	○○市

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
	共　済　花　子	(昭和) 平成　△△ 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	令和　△△　年　4　月　1　日
適用除外施設の名称	○○園
施設の所在地	郵便番号　×××　－　×××× 群馬県○○市△△町１２３ 電話　○○○（×××× ）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　○　○　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。