

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	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 ()	
<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 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">届出者 組合員氏名</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 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職名</p> <p style="text-align: center;">所属所長 氏名</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。