

決 裁	保 険 課 長	係 長	係

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		△△△-△△△		(注1)	
所属機関 名称		〇〇市		所属機関 所在地	〇〇市〇〇町△-△
組 合 員	氏 名	共 済 太 郎		生 年 月 日	昭和△△年△△月△△日
今回届出の 対象者		1 組合員 (※被扶養者の記入は不要です。) ② 被扶養者 (※該当の被扶養者を記入してください。)			
被 扶 養 者	氏 名	共 済 花 子		生 年 月 日	昭和△△年△△月△△日
	氏 名			生 年 月 日	年 月 日
該当事由		① 適用除外施設に入所 2 適用除外施設から退所			
該当年月日		平成△△年 △△月 △△日			
適用除外 施設の名称		〇〇園			
施設の所在地		〒△△△-△△△△ 〇〇市〇〇 △-△ 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、上記のとおり届け出いたします。					
山口県市町村職員共済組合 理事長 様 平成 △△年△△月△△日 〒△△△-△△△△ 届出者 住 所 〇〇市〇〇 △-△ 氏 名 共 済 太 郎					

(注1) 組合員証記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番号申告票」の添付に代えることができます。

※40 歳以上 65 歳未満の組合員又は被扶養者が、介護保険法施行法第 11 条 1 項に該当した場合又は該当しなくなった場合に提出してください。