

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				所属機関 所在地	
組 合 員	氏 名			生 年 月 日	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			生 年 月 日	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		年 月 日			
適用除外 施設の名称					
施設の所在地		〒 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 年 月 日 〒 届出者 住 所 氏 名 ㊞					

(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。