

決 裁	保険課長		

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		△△△-△△△△ (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	山口 共済	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	山口 扶養	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		令和△△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 (△△△) △△△ - △△△△	
<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、上記のとおり届け出いたします。</p> <p>山口県市町村職員共済組合 理事長 様</p> <p>令和△△年△△月△△日</p> <p>〒△△△-△△△△</p> <p>届出者 住 所 〇〇市〇〇町△△丁目△番 氏 名 山口 共済</p>			

(注1) 組合員等記号・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。