

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		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 () —	
<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 style="text-align: center;">山口県市町村職員共済組合 理事長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">届出者 住 所 氏 名</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。