

処 理 伺	課 長	主 幹	副主幹	係	電算処理年月日



介護保険第2号被保険者資格の適用・適用除外に関する届出書

(「40歳又は65歳に達したとき」の届け出は不要です。)

所属所コード			所属所名		
1	2	3	〇 〇 市		
組合員証番号(右詰め)					
	4	5	6		
組合員氏名			組合員の生年月日		
共済 太郎			明(昭)大平 40年1月1日		

適用・適用除外者氏名	続柄	適用・適用除外者の生年月日
共済 花子	妻	明(昭)大平 42年8月1日
適用・適用除外区分	1. 適用 2. 適用除外	
適用・適用除外事由	1. 施設入退所 2. 海外・国内居住 3. その他()	
事由発生年月日	平成 29年9月1日	
適用除外施設名称 ★事由が施設入所の場合のみ記入	障害者支援施設 〇〇園	
施設の所在地 ★事由が施設入所の場合のみ記入	神戸市中央区下山手通〇〇-〇〇 電話 078 (123) 4567	
海外居住地の住所 ★事由が海外居住の場合のみ記入		
<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>兵庫県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>平成 29年9月20日</p> <p>住所 〇〇市〇〇町〇〇〇〇</p> <p>届出者 氏名 共済 太郎</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>平成 29年9月20日</p> <p>職名 〇〇市長</p> <p>所属所長 氏名 兵庫 一郎</p>		

※ 「適用・適用除外区分」欄及び「適用・適用除外事由」欄の記入は、該当区分番号を○で囲んでください。

※ 該当施設等は裏面を参考にしてください。