

処 理 伺	課 長	主 幹	副主幹	係	電算処理年月日

共済組合
受付印

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			組合員証番号(右詰め)			所属所名					
1	2	3		4	5	6	〇 〇 市				
組合員氏名						組合員の生年月日					
共済 太郎						昭和 平成	42 年 1 月 16 日				

適用・適用除外者氏名		適用・適用除外者の生年月日		
共済 花子		昭和 平成	44 年 8 月 1 日	

適用・適用除外区分	1. 適用 <input checked="" type="radio"/> 2. 適用除外 <input type="radio"/>
適用・適用除外事由	<input checked="" type="radio"/> 1. 施設入退所 <input type="radio"/> 2. 海外・国内居住 <input type="radio"/> 3. その他()
事由発生年月日	平成 <input checked="" type="radio"/> 令和 5 年 1 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	

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。

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

令和 5 年 1 月 1 日

届出者 氏名 共済 太郎

上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。

令和 5 年 1 月 1 日

職名 〇〇市長
所属所長 氏名 兵庫 一郎

※ 「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。

※ 添付書類等は裏面を参考にしてください。