

処 理 伺	課 長	課 長 補 佐	係 長	係	所 属 所 受 付 印	共 済 受 付 印
	令 和	年	月	日		
	令 和	年	月 から	適用除外 ・ 適用		

## 介護保険第2号被保険者資格に関する届出書

記 号	番 号	所 属 機 関	名 称
			所 在 地
組 合 員 氏 名			該 当 者 氏 名
生 年 月 日	昭 和	年	月 日
	生 年 月 日	昭 和	年 月 日
該 当 事 由	1. 施設入所    2. 施設退所    3. 海外居住    4. 国内居住		
該 当 日	令 和 年 月 日		
適用除外施設 の名称及び所 在地	名 称		
	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。

三重県市町村職員共済組合理事長 様

令 和 年 月 日

住 所

届 出 者

氏 名

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

令 和 年 月 日

職 名

所 属 所 長

氏 名

※ 当該事実を証明する書類を添付してください。

- 1.施設入所…施設入所証明書    2.施設退所…施設退所証明書  
3.海外居住…住民票(除票)の写し    4.国内居住…住民票の写し