

## 介護保険第2号被保険者資格に関する届出書

組合員証記号番号	所属機関の名称・所在地
—	(名称)  (所在地)
組合員の氏名	生 年 月 日
	年 月 日
被扶養者の氏名	生 年 月 日
	年 月 日
適用除外施設の名称	
施設の所在地	〒 —  電話 ( )
入・退所の別	入所 ・ 退所
入・退所となった理由	
入・退所の年月日	年 月 日
<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;">熊本県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">届出者 (組合員) 氏名</p>	

(施行規程第119条の3)