

処 理 伺	課 長	課 長 補 佐	係	長	係	所 属 所 受 付 印	共 済 受 付 印	
	平 成                      年                      月                      日							
	平成    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	
適 用 除 外 施 設 の 名 称 及 び 所 在 地	名 称						
	所 在 地		〒				
		電 話                      (                      )					
入 退 所 年 月 日	1. 入所                      2. 退所				平 成                      年                      月                      日		

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

平成    年    月    日

住 所

届 出 者

氏 名

㊟

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成    年    月    日

職 名

所 属 所 長

氏 名

㊟

※ 当該事実を証明する書類の写しを添付してください。