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			組合員等番号(右詰め)					所　属　所　名
1	2	3			4	5	6	○　○　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　　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 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　○○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○○－○○ 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

所属所長　職名　○○市長

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。