

# 介護保険第2号被保険者適用除外等届出書

組 合 員 氏 名		組 合 員 証 番 号		
	S 年 H	年 	月 	日 
適用除外者氏名 (組合員又は被扶養者)		続柄		
適用除外者 生 年 月 日	S H	年	月	日
施設 の 名 称				
施設 の 所 在 地	郵便番号			
	電話 (      )			
入 退 所 の 別 (該当を○でかこむ)	入 所		退 所	
入 退 所 年 月 日	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。 青森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 <span style="float: right;">(印)</span>				
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 <span style="float: right;">(印)</span>				