

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 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	T H S R	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
<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、上記のとおり届出いたします。</p> <p style="text-align: center;">青森県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">届 出 者</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p>			
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名</p> <p style="text-align: right;">所属所長</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p>			