

## 介護保険第2号被保険者資格に関する届出書（施設入所）

所属機関の名称・所在地	
組合員証記号番号	—
組合員の氏名	
生 年 月 日	昭 和 年 月 日 平 成
被扶養者の氏名	
生 年 月 日	昭 和 年 月 日 平 成
適用除外施設の名称	
施設の所在地	郵便番号 —  電話 ( )
入退所の別	1 入 所    2 退 所
入退所年月日	平 成    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ます。</p> <p>新潟県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>平成    年    月    日</p> <p style="text-align: right;">住所 届出者 氏名</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p>	