

介護保険第 2 号被保険者資格
取得
喪失
届書

組合員証記号番号		公立長崎第 号			組 合 員 氏 名	
区分	取得 喪失	氏 名	生 年 月 日	性別	取 得 ・ 喪 失 日 年 月 日	事 由
組合員	取得 ・ 喪失		年 月 日	男 女	年 月 日	1 身体障害者療養施設等に入所した 2 身体障害者療養施設等を退所した 3 国内に住所を有しなくなった 4 国内に住所を有するに至った
被 扶 養 者	取得 ・ 喪失		年 月 日	男 女	年 月 日	1 身体障害者療養施設等に入所した 2 身体障害者療養施設等を退所した 3 国内に住所を有しなくなった 4 国内に住所を有するに至った
	取得 ・ 喪失		年 月 日	男 女	年 月 日	1 身体障害者療養施設等に入所した 2 身体障害者療養施設等を退所した 3 国内に住所を有しなくなった 4 国内に住所を有するに至った
上記のとおり届け出ます。 公立学校共済組合長崎支部長 様 平成 年 月 日 職 名 届 出 者 氏 名 (印)						
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 (印)						

- ※ 1 組合員及び被扶養者が組合員資格取得の際、すでに介護保険第 2 号被保険者の資格を喪失している場合には「喪失」に○印を付してこの届書を提出してください。
- 2 「事由」欄の 1～4 いずれかに○印を付してこの届書を提出してください。
- 3 組合員又は被扶養者が 40 歳又は 65 歳に達したことによる資格の得喪については、この届書の提出の必要はありません。