取得届書
介護保険第2号被保険者資格喪失

所属所コード				組 合 員 番 号				
所 属 所 名				氏 名				
区 分	取得 別 喪失	氏 名	生 年 月 日	性 別	取得・喪失 年 月 日	事 由		
組 合 員	取 得 ・ 喪 失		昭 平 令 年 月 日	男 女	平 令 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		昭 平 令 年 月 日	男 女	平 令 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		昭 平 令 年 月 日	男 女	平 令 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		昭 平 令 年 月 日	男 女	平 令 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		
<p>上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">公立学校共済組合愛知支部長 殿</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 届 出 者 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 style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 所 属 所 長 氏 名</p>								

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。
「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。
組合員又は被扶養者が40歳又は65歳に達したときには、提出の必要はありません。