

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		公立茨城 第 号		フリガナ 組合員氏名 (給与のゴム印)		所属所名 所属コード (給与のゴム印)	
区分	取得と 喪失の別	氏名	生年月日	性別	取得・喪失 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	続柄( )	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	続柄( )	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。 公立学校共済組合茨城支部長 殿 令和 年 月 日 住所 届出者 氏名 (署名)							
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名 印							
所属所所在地		(〒 - ) (電話番号)					

- (注) 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下さい。  
 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下さい。  
 3 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。