

## 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   |       | 公立阪 |       | 組合員氏名  |          |  |
|--|-------|-----|-------|--------|----------|--|
| 区分   | 取得喪失別 | 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<br>女 | 年 月 日    | 1 身体障害者療護施設等を入所した<br>2 身体障害者療護施設等を退所した<br>3 国内に住所を有しなくなった<br>4 国内に住所を有するに至った |
|  |       |     | 年 月 日 | 男<br>女 | 年 月 日    | 1 身体障害者療護施設等を入所した<br>2 身体障害者療護施設等を退所した<br>3 国内に住所を有しなくなった<br>4 国内に住所を有するに至った |
|  |       |     | 年 月 日 | 男<br>女 | 年 月 日    | 1 身体障害者療護施設等を入所した<br>2 身体障害者療護施設等を退所した<br>3 国内に住所を有しなくなった<br>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: center;">公立学校共済組合大阪支部長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職名<br/>届出者<br/>組合員氏名 (自署)</p>  |       |     |       |        |          |  |
| <p>上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所属所名</p> <p style="text-align: center;">所属所長名</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; margin-left: auto; margin-top: 10px;">                 受付印(※)             </div> |       |     |       |        |          |  |

(※) 受付印については、所属所にて受付印(又は公印)を押印してください。

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」覧の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。