

介護保険第2号被保険者資格 取得喪失 届書

組合員等記号番号		公立阪		組合員氏名		
区分	取得 喪失	氏 名	生年月日	性別	取得・喪失 年 月 日	事 由
組合員	取 得		年 月 日	男	年 月 日	1 身体障害者療護施設等を入所した 2 身体障害者療護施設等を退所した 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
	喪 失			女		
被扶養者	取 得		年 月 日	男	年 月 日	1 身体障害者療護施設等を入所した 2 身体障害者療護施設等を退所した 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
	喪 失			女		
上記のとおり届け出ます。 公立学校共済組合大阪支部長 様 令和 年 月 日 職名 届出者 組合員氏名 (自署)						
上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。 令和 年 月 日 所属所名 所属所長名 受付印(※)						

(※) 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。