

## 介護保険第2号被保険者 資格喪失・資格取得届出書

組合員番号 (=社員番号8桁)	組合員氏名	住 所
	(ワガナ)	郵便番号
組合員 生年月日	(和暦) 年 月 日生	昼間連絡先TEL

内 容 記 入 欄			
該当者氏名 (本人を含む)		該当者生年月日 及び続柄	(和暦) 年 月 日 続柄( )
該当者氏名		該当者生年月日 及び続柄	(和暦) 年 月 日 続柄( )
該当者氏名		該当者生年月日 及び続柄	(和暦) 年 月 日 続柄( )
資格喪失した 事由及び年月日	<input type="checkbox"/> 1. 国内に住所を有しなくなった		(和暦) 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 2. 身体障害者療養施設など適用除外施設に入所した 施設名( )		(和暦) 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 3. 在留資格3か月以下の短期滞在外国人である		(和暦) 年 月 日
資格取得した 事由及び年月日	<input type="checkbox"/> 1. 国内に住所を有することになった		(和暦) 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 2. 身体障害者療養施設など適用除外施設を退所した 施設名( )		(和暦) 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 3. 在留資格3か月以下の短期滞在外国人である		(和暦) 年 月 日

(注) 1 満40歳から64歳までの組合員又は被扶養者が介護保険第2号被保険者の資格喪失事由に該当することとなった場合、または資格喪失した者が資格喪失事由に該当しなくなった場合は、各事由別に証明書の写しを必ず添付し届け出してください。なお、満40歳未満又は65歳以上の方は届け出る必要はありません。

- |                                 |                      |
|---------------------------------|----------------------|
| (1) 「国内に住所を有しなくなった」とき           | 「住民票除票」              |
| (2) 「国内に住所を有することになった」とき         | 「住民票」                |
| (3) 「身体障害者療養施設など適用除外施設に入所した」とき  | 「施設入所証明書（施設長発行の証明書）」 |
| (4) 「身体障害者療養施設など適用除外施設を退所した」とき  | 「施設退所証明書（施設長発行の証明書）」 |
| (5) 「在留資格3か月以下の短期滞在外国人である」とき    | 「旅券その他在留資格を証する書類」    |
| (6) 「在留資格3か月以下の短期滞在外国人でなくなった」とき | 「旅券その他在留資格を証する書類」    |

2 件名の「資格喪失」又は「資格取得」のいずれかを抹消してください。

3 「資格喪失事由」又は「資格取得事由」欄のいずれかの□にレ印を付して、その年月日を記入してください。

※ 資格喪失した年月日とは「国内に住所を有しなくなった」日（住民基本台帳から抹消した日）又は「身体障害者療養施設など適用除外施設に入所した」日の翌日です。

4 「住所」欄には、「国内に住所を有しなくなった」場合はその前の住所、または、「国内に住所を有することになった」場合はその際の住所を記載してください。

共済組合 処理欄	受付		審査	1	2		処理	
-------------	----	--	----	---	---	--	----	--

(日本郵政共済組合)

該当しない項目は抹消  
してください。

申請年月日 (和暦) 令和7年8月8日

## 介護保険第2号被保険者 資格喪失・資格取得届

組合員番号 (=社員番号8桁) <b>1 2 3 4 5 6 7 8</b>	組合員氏名 (フリガナ) キヨウサイ タロウ <b>共済 太郎</b>	住 郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇
組合員 生年月日	(和暦) 昭和50年5月5日生	△△県▲▲市□□□□ □-□-□ ゆうぞうマンション505 昼間連絡先TEL 090-9999-9999

資格喪失(取得)  
年月日以降の日付を  
記入してください。

内 容 記 入 欄			
該当者氏名 (本人を含む)	<b>共済 太郎</b>	該当者生年月日 及び 続柄	(和暦) 昭和50年5月5日 続柄 ( 本人 )
該当者氏名	<b>共済 梅子</b>	該当者生年月日 及び 続柄	(和暦) 昭和52年2月2日 続柄 ( 妻 )
該当者氏名	該当する項目に レ点を 記入してください。	該当者生年月日 及び 続柄	(和暦) 年 月 日 続柄 ( )
資格喪失した 事由及び年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 国内に住所を有しなくなった	(和暦) 令和7年7月7日	
	<input type="checkbox"/> 2. 身体障害者療養施設など適用除外施設に入所した 施設名 ( )	(和暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 3. 在留資格3か月以下の短期滞在外国人である	(和暦) 年 月 日	
資格取得した 事由及び年月日	添付する証明書に記載されている資格喪失(取得)の 年月日を記入してください。		
	<input type="checkbox"/> 1. 国内に住所を有することになった	(和暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 2. 身体障害者療養施設など適用除外施設を退所した 施設名 ( )	(和暦) 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 3. 在留資格3か月以下の短期滞在外国人である	(和暦) 年 月 日		

(注) 1 満40歳から64歳までの組合員又は被扶養者が介護保険第2号被保険者の資格喪失事由に該当したこととなった場合、または資格喪失した者が資格喪失事由に該当しなくなった場合は、各事由別に証明書の写しを必ず添付し届け出してください。なお、満40歳未満又は65歳以上の方は届け出る必要はありません。

- (1) 「国内に住所を有しなくなった」とき 「住民票除票」
- (2) 「国内に住所を有することになった」とき 「住民票」
- (3) 「身体障害者療養施設など適用除外施設に入所した」とき 「施設入所証明書(施設長発行の証明書)」
- (4) 「身体障害者療養施設など適用除外施設を退所した」とき 「施設退所証明書(施設長発行の証明書)」
- (5) 「在留資格3か月以下の短期滞在外国人である」とき 「旅券その他在留資格を証する書類」
- (6) 「在留資格3か月以下の短期滞在外国人でなくなった」とき 「旅券その他在留資格を証する書類」

2 件名の「資格喪失」又は「資格取得」のいずれかを抹消してください。

3 「資格喪失事由」又は「資格取得事由」欄のいずれかの□にレ印を付して、その年月日を記入してください。

※ 資格喪失した年月日とは「国内に住所を有しなくなった」日(住民基本台帳から抹消した日)又は「身体障害者療養施設など適用除外施設に入所した」日の翌日です。

4 「住所」欄には、「国内に住所を有しなくなった」場合はその前の住所、または、「国内に住所を有することになった」場合はその際の住所を記載してください。

処理欄 共済組合	受付	審査	1	2		処理	
-------------	----	----	---	---	--	----	--