様式第２号(第３条関係)

介護保険被保険者適用除外終了届

　　　名寄市長　　　　様

　　次のとおり適用除外終了について届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 届出年月日 | 年　　月　　日 |
| 届出人氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 届出人住所 | 郵便番号  電話番号 | | |

※届出者が被保険者本人の場合、届出者住所及び電話番号は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | |  |  | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 性別 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯主 | 氏名 |  | 世帯主との続柄 |  | |
|  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 性別 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 異動前情報 | 従前の住所 | | 郵便番号  電話番号 |
| ※異動前住所が施設の場合、以下も記入のこと | | |
| 施設 | 名称 |  |
| 退所年月日 | 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 異動後情報 | 従前の住所 | | 郵便番号  電話番号 |
| ※異動後居住地が施設の場合、以下も記入のこと | | |
| 施設 | 名称 |  |
| 入所年月日 | 年　　　月　　　日 |

　※担当者記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 終了年月日 | 年　　　月　　　日 |