

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
-----------	-------