

被保険者証交付申請書（2号被保険者）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	男 ・ 女						

世 帯 主	氏 名		世帯主との続柄						
			生年月日	年 月 日					
			性 別	男 ・ 女					

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