

別紙の注意事項をよくお読みください。

被保険者番号 : _____

介護保険関係書類 送付先 **抹消** 届

届出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(あて先) 逗子市長

次のとおり届け出ます。

被 保 険 者	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和
	氏名			年 月 日
	住所 (住民登録地)	(〒 -)	電話番号	-

(※) 現在送付先登録者となっている方のみが、届け出可能です。

届 出 者 (窓 口 に 来 た 方)	いずれかに チェック	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ → ※1の太線枠内のみ記入してください。 <input type="checkbox"/> 被保険者と異なる → すべて記入してください。		
	フリガナ		被保険者 との関係	
	氏名			
	住所	(〒 -)	電話番号	-
届出者 確認書類	※1 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証(介護・医療) <input type="checkbox"/> 公的通知 <input type="checkbox"/> その他(<input type="checkbox"/> 逗子市確認