第7号様式(第2条関係)

介護保険被保険者資格喪失届書

　　(宛先)春日井市長

　　次のとおり被保険者の資格喪失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 | 　 |
| 住所 | 電話番号　　―　　―　　　　 |
| 　 |
| 喪失理由 | 　　死亡・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　 |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 　 | 喪失年月日 | 年　　月　　日　 |
| 個人番号 |  |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　月　日　歳　　 | 性別 | 男・女 |
| 氏名 | 　 |
| 　※住所の変更により資格を喪失したときは、次も記入してください。 |
| 変更後住所 | 電話番号　　―　　―　　　　 |

　備考　1　被保険者証を添えて届け出てください。

　　　　2　負担限度額減額等の認定を受けている方は、その認定証を添えて届け出てください。

…………………………… ここから下は記入しないでください。……………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 受　付 | 入　力 | 被保証回　収 | 内　容確　認 |
|  |
|  |  |  |  |