

介護保険 異動取消申出書

(あて先) 仙台市区長

※太わくの中をご記入ください

届出
年月日

令和元年5月13日

被 保 険 者	フリガナ	カイゴ タロウ		
	氏名	介護 太郎		
	住所	仙台市青葉区国分町3丁目7番1号 電話番号 022(214)5225		
	生年月日	明治 大正 昭和	10年 10月 10日	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女
	被保険者 証番号	0123456789		

窓口 に 来 ら れ た 方	<input type="checkbox"/> 本人	代理人氏名 介護 花子	被保険者との関係 妻
	<input checked="" type="checkbox"/> 代理人	代理人住所 仙台市青葉区国分町3丁目7番1号 電話番号 022(214)5225	

※家族以外の代理の方が申請するときは、委任状が必要です。

異動届出年月日	令和元年5月7日
取消理由	生年月日の異動届出を行ったが、誤りだったため。

処 理 欄	
受付年月日	. .
資格取得年月日	. .
発行区分	<input type="checkbox"/> 即日(確認) <input type="checkbox"/> 郵送(. .)
備 考	

決 裁 欄		
課 長	係 長	係 員

収	
受	