

認知症高齢者等個人賠償責任保険変更・廃止届

蟹江町長様

〒 -

申請者 住所

氏名

保険加入者との続柄（ ）

電話番号

私は、次のとおり申請事項の変更・廃止を届け出ます。

【届出区分】

届出区分	<input type="checkbox"/> 申請事項の変更	<input type="checkbox"/> 保険の廃止
------	----------------------------------	--------------------------------

【被保険者】

ふりがな		男 ・ 女
氏名		
生年月日	年 月 日	

【申請事項の変更】 申請事項の変更をする場合のみ記入

住所	蟹江町	
電話番号		
緊急連絡先①	氏名 (続柄： )	住所 〒 -
	電話番号 (日中)	(夜間)
緊急連絡先②	氏名 (続柄： )	住所 〒 -
	電話番号 (日中)	(夜間)
特記事項		

【保険の廃止】 保険の廃止をする場合のみ記入

廃止理由	<input type="checkbox"/> 保険の対象者となることの辞退
	<input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日： 年 月 日 )
	<input type="checkbox"/> 転出 (転出日： 年 月 日 )
	<input type="checkbox"/> その他 ( )