

様式第2号(第3条関係)

年 月 日

被保険者適用除外者終了届

士別市長 様

住所

氏名

介護保険施行法第11条第1項の規定に該当しなくなり被保険者適用除外が終了しましたので届出いたします。

記

1 被保険者適用除外施設の住所及び名称

住所

名称

2 被保険者適用除外の理由

3 被保険者適用除外の適用年月日