

様式第 3 号 (第 5 条関係)

河内長野市認知症高齢者等個人賠償責任保険変更・廃止届

(宛先) 河内長野市長

年 月 日

届出者 住 所
ふりがな
氏 名
電話番号
被保険者との続柄 ()

河内長野市認知症高齢者等個人賠償責任保険の加入について、変更・廃止事項が生じたので、届出します。

被保険者氏名	
保険加入コード	

【変更事項】

変更内容	変更後	変更前
被保険者住所		
被保険者電話番号		
申請者氏名		
申請者住所		
申請者電話番号		
申請者の被保険者との続柄		
その他		

変更・廃止日	年 月 日
--------	-------

【廃止事項】

該当事項 <input type="checkbox"/> 要綱第 2 条に規定する要件に非該当となった (SOS ネットワーク未登録・転出・入院・入所・その他 ()) <input type="checkbox"/> 被保険者が死亡した <input type="checkbox"/> 保険加入を辞退する (理由 :)
