

認知症高齢者等個人賠償責任保険辞退届

（宛先）江南市長

年 月 日

申請者 住 所  
氏 名  
被保険者との続柄（ ）  
電話番号

このことについて、次のとおり申請内容の辞退を届出します。

【被保険者名】

|             |       |
|-------------|-------|
| ふりがな<br>氏 名 |       |
| 性 別         | 男・女   |
| 生 年 月 日     | 年 月 日 |

【保険の辞退】

|         |                                                                                                                                                                                                         |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 辞 退 理 由 | <input type="checkbox"/> 転出（転出日： ）<br><input type="checkbox"/> 死亡（死亡日： ）<br><input type="checkbox"/> 入院・入所（異動日： ）<br><input type="checkbox"/> 寝たきり（行方不明になるおそれが無くなった）<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|