令和　　年　　月　　日

事業所番号：

事業所名称：

事業所所在地：

下記の被保険者について、計画作成を解除したので報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 氏名 | 契約解除日 | 事由 |
| 【例】1000●●●●●● | □□　■■ | Ｒ１．５．１ | 施設入所 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**※事由には、死亡、転出、施設入所、契約終了、などを記入してください**