

介護保険料還付金及び介護給付費等振込先口座指定届

南 幌 町 長 あて

当該被保険者に係る介護保険料還付金等の振込先口座を下記のとおり指定します。
 なお、これらの受領に関しては私が一切の責任を負い、貴町に責任を問わないことを誓約します。

		届出年月日	年 月 日
届出人氏名	⑩	被保険者との関係	1 本人 2 親族 () 3 その他 ()
届出人住所	〒 電話番号 () ー		

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0	個人番号																
	フリガナ											性別	生 年 月 日						
	氏 名											男・女	明・大・昭 年 月 日						
	住 所	〒 電話番号 () ー																	
	資 格 喪 失 理 由	1 死亡 2 転出 3 その他 ()																	
	死 亡 (転 出) 日	年 月 日																	

還付金振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合	店名	本・支店 本・支所							
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号								
	フリガナ										
	口座名義										
	ゆうちょ銀行の場合										
	記号					番号					
	フリガナ										
	口座名義										

- ※ 死亡された方の還付金については、**相続人名義**で記入してください。
 死亡の場合、年金の未支給年金請求、年金の死亡届に関する手続きをしてください。年金手続きがお済みでないと還付処理ができない場合がありますのでご注意ください。
- ※ 転出された方の還付金については、**被保険者本人名義**で記入してください。
- ※ 介護保険料の不足分が生じた場合には、届出者または被保険者あてに納付書を送付させていただきます。