

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 () -		

被保険者	被保険者番号	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																																		

介護保険に関する還付金等について、下記の口座に振り込んでください。

口座名義人	銀行等	金融機関名				支店名			種目		口座番号							
		銀行 信用金庫 信用組合 農協				本店 支店 出張所			1 普通 2 当座									
		金融機関コード				支店コード												
		ゆうちょ銀行	金融機関名				店名・店番			種目		通帳番号						
	ゆうちょ 銀行							1 普通 2 貯蓄										
	※店名・店番がご不明の場合は 記号・番号をご記入ください。							記号		番号								
	フリガナ																	
	口座名義人氏名 (※必ずご記入ください)																	

※ 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。

※ 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。

※ 還付口座の金融機関、支店、口座番号、預金者の記載されているページの写しを添付してください。

※ 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します。