

介護保険 還付対象保険料額振込希望先申請書

延岡市長様

次のとおり申請します。

申請日	平成 年 月 日		
申請理由	1: 転出 2: その他 () により介護保険料が還付となるため		
申請者氏名	(印)	本人との関係	
申請者住所	〒 電話 () -		

被保険者証預かり

 未 ・ 済

特 徴 ・ 普 徴

(期分まで収納)

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	被保険者氏名						生年月日	明・大・昭	年	月	日
							性 別	男	・	女	
	住 所	〒 電話 () -									

●支払い希望

<u>島浦漁協には振込不可</u> 0	銀行 農協/漁協 金庫	支店 支所 出張所	種 目	口 座 番 号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通
			2 当座
	フリガナ			
	口座名義人			
口座名義人住所	〒 電話 () -			
口座名義人と被保険者との関係				