

# 介護保険 資格喪失届 兼 還付対象保険料額振込希望先申請書

延岡市長様

次のとおり届け出・申請します。

届出人及び申請者氏名	(印)	本人との関係
届出人及び申請者住所	〒 電話( ) -	
届出日及び申請日 平成 年 月 日	異動日(死亡した日) 平成 年 月 日	
届出事由及び申請理由 死亡のため		

資格喪失年月日 (死亡した次の日)
平成 年 月 日

取得事由	喪失事由	異動事由
市外転入 職権復活 65歳到達 適用除外非該当 その他取得	市外転出 職権喪失 死亡 適用除外該当 その他喪失	氏名変更 住所変更 世帯変更

被保険者証預かり 未・済

特徴・普徴

( 期分まで収納)

被保険者番号	2 6								
フリガナ	被保険者氏名 (死亡した者の氏名)	生年月日	性別	要介護認定の有無	介護保険施設入所の有無	備考			
		明・大・昭 年月日	男・女	有・無	有・無				
被保険者住所 (死亡した者の住所)	〒 電話( ) -								

## ●還付する介護保険料の支払い先

島浦漁協 には振込不可	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							