介護保険還付対象保険料等振込希望先届

延 岡 市 長　様

次のとおり届け出ます。

届 出 日	令和　　年　　月　　日
届 出 理 由	１：転出　２:振込口座変更（ 還付・高額介護サービス費・その他【　　】 ） ３:その他（　　）
届出者氏名	※署名できない場合は押印が必要です。
本人との関係	
届出者住所	〒 電話（　　）　　ー

被保険者証預かり　未 ・ 済 ・ 不

特　徴 ・ 普　徴　（　　期分まで収納）

被保険者	被保険者番号	2600		
	フリガナ		生 年 月 日	明・大・昭　　年　　月　　日
	被保険者氏名		性　　別	男 ・ 女
	住　　所	〒 電話（　　）　　ー		

口座記入欄

振 込 口 座	銀　行 農協/漁協 金　庫 （　　）	支店/本店 営 業 部 出 張 所 （　　）	種　　目 １ 普　通 ２ 当　座	口　座　番　号（右詰め）
フリガナ			被保険者との続柄	
口座名義人				
口座名義人住　所	①（　届出者　・　被保険者　）と同住所 ② その他住所 電話（　　）　　ー			
振込先口座の記入誤りはありませんか？　通帳・カード確認済み　□（チェック）				

【市記入欄】　※Acro 入力の届出日は入力日

受付	受給資格証明書発行	備考
	済 ・ 無	

※ 被保険者の方以外（ご家族の方等）の口座を高額介護サービス費の振込先に指定する際は、委任状を別にご提出ください。