

還付口座振込依頼書

(転出者用)

年 月 日

邑智郡総合事務組合 管理者 様

介護保険料還付金が発生した場合には、下記の口座へ振り込んで下さい。

1. 被保険者の住所・氏名等		被保険者番号	
住 所	転出前	〒	
	転出後	〒	
氏 名	⑩ (生年月日 M・T・S 年 月 日)		
電 話 番 号	自 宅	()	—
	緊急連絡先 (携帯等)	()	—

※緊急連絡先は、口座相違などによる振り込みが不能の時に必要ですので、昼間に連絡がとれるところを記入して下さい。

2. 還付金振込指定口座

預貯金口座等	フリガナ								
	口座名義人								
	銀行等	銀行・金庫 農協・組合				支店・支所 代理店・出張所			
		金融機関コード				店舗コード			
種目	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	口座番号							

※訂正する箇所には、必ず訂正印を押して下さい。

※この依頼書は、転出前住所地の町役場介護保険担当課へ提出して下さい。

〔介護保険課確認欄〕

確認	課長	賦課係
	⑩	⑩

〔役場確認欄〕



確認	受付	資格異動入力
	⑩	⑩



届出人→町役場介護保険担当課→邑智郡総合事務組合介護保険課