

介護保険送付先変更等届出書

令和 年 月 日

(宛先) 鶴ヶ島市長

介護保険に関する書類の送付先の変更等について、次のとおり届け出ます。

届出内容	<input type="checkbox"/> 被保険者の死亡に伴う送付先の変更・保険料還付先口座の登録 <input type="checkbox"/> 被保険者の転出に伴う保険料還付先口座の登録 <input type="checkbox"/> 被保険者の要介護認定等に伴う送付先の変更 <input type="checkbox"/> 他の理由 (_____) による送付先の変更・解除		
被保険者	介護保険被保険者番号		
	住所		
	フリガナ		生年月日
	氏名		大正・昭和 年 月 日
届出人	住所	〒 (電話番号)	
	フリガナ		被保険者との続柄
	氏名		
送付先 <small>※届出人と同じ場合は記入不要。</small>	住所	〒 (電話番号)	
	フリガナ		被保険者との続柄
	氏名		

(注意) この届出に伴う不利益は全て被保険者及び届出人の責任とし、市は責任を負いません。また、死亡に伴う保険料還付の請求者は原則として相続人となりますので、ご注意ください。

被保険者の死亡又は転出に伴い保険料還付が生じる場合には、次の口座への振込を依頼します。

金融機関名	銀行・農協 信用金庫	本店 支店	預金種別 普通・当座
	フリガナ	口座番号	
口座名義人			

担当処理欄 送付先入力 _____ 口座入力 _____ 入力確認 _____