

後期高齢者医療保険料還付金及び介護保険(保険料過誤納金・介護給付費)口座振込依頼書

年 月 日

大村市長 様

転出日

被保険者 (特徴 普徴 併徴)

死亡日 年 月 日

介護保険 被保険者番号		後期医療保険 被保険者番号		後期医療保険 還付番号	
氏名		生年月日		電話番号	
住所					

振込先口座

金融機関名	銀行 信用金庫 労働金庫 農業協同組合	本店 支店 出張所
預金種目	1 普通 2 当座 3 その他()	口座番号
フリガナ 口座名義人		被保険者 との続柄

被保険者と口座名義人が同一でない場合は、下記のいずれかの番号を○で囲み、必要事項の記入等をお願いいたします。

1 被保険者以外の名義口座に振り込む場合

私が支払を受ける後期高齢者医療保険料還付金及び介護保険(保険料過誤納金・介護給付費)の受領に関する一切の権限を上記名義人に委任します。

氏名(被保険者) _____ 印 ※必ず押印してください。

2 被保険者の死亡により発生した過誤納金・介護給付費を相続人が受け取られる場合

後期高齢者医療保険料還付金及び介護保険(保険料過誤納金・介護給付費)の受領権を私が承継しましたので、上記の口座に振り込んでください。なお、他の相続人から異議申立てがあった場合は、私の責任において相続人間で解決することを誓約します。

氏名(相続人) _____ ※署名又は記名押印してください。

住所 _____

電話番号 _____

※今後、被保険者への通知書等の送付先を上記相続人の住所に変更しますか。 はい ・ いいえ

3 被保険者の死亡により発生した過誤納金・介護給付費を相続人が受け取られる場合で相続人以外の名義口座に振り込むとき

後期高齢者医療保険料還付金及び介護保険(保険料過誤納金・介護給付費)の受領権を私が承継しました。私が支払を受ける後期高齢者医療保険料還付金及び介護保険(保険料過誤納金・介護給付費)の受領に関する一切の権限を上記名義人に委任します。なお、他の相続人から異議申立てがあった場合は、私の責任において相続人間で解決することを誓約します。

氏名(相続人) _____ 印 ※必ず押印してください。

住所 _____

電話番号 _____

※今後、被保険者への通知書等の送付先を上記相続人の住所に変更しますか。 はい ・ いいえ