

北広島町長 様

介護保険資格喪失届
(還付請求書)

年 月 日

〒
住 所

届 出 者 (相続人)	
被 保 険 者 (	)
と の 続 柄	
電 話 番 号 (	)
—	

被保険者番号 _____

被保険者 _____ 生年月日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日生) について

(死亡・転出) したため介護保険被保険者資格の喪失を届出します。

なお、介護保険料過誤納還付金及び介護（予防）給付費償還払いについては、次の金融機関口座に振り込むよう依頼します。

振 込 先

金融機関名	店舗名	種別	口座名義	(カナ)
農協 銀行 組合 信用金庫	本店 支店	普通 当座		
┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆		口座番号	┆┆┆┆┆┆┆┆┆┆

※ゆうちょ銀行への振込みを希望される場合は、通帳を開いて下のページの下欄の、支店名及び口座番号を記入してください。

北広島町処理欄

受 領 日	未支給年金	口 座	備 考
	有・無	┆┆┆┆┆	
	手続き	宛 名	
	有・無	┆┆┆┆┆	