

介護保険資格喪失届
(還付請求書)

北広島町長 様

年 月 日

請 求 者

被 保 険 者 () ※ 被保険者死亡による還付の場合は、原則として代表相続人が請求者となります。
からみた続柄 代表相続人は、相続権のある方から選出してください。

〒
住 所

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		