介護保険・後期高齢者医療 関係書類送付先届出書

被保険者番号	００００＊＊＊＊＊＊
フリガナ	オケガワ　ベニコ
被保険者氏名	桶川　紅子
住　所	〒　３６３　―　＊＊＊＊ 桶川市＊＊＊＊＊＊
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和　＊＊ 年　＊＊ 月　＊＊ 日
死亡　・　転出　・　送付先変更 （〇で囲んでください）	令和　＊＊ 年　＊＊ 月　＊＊ 日

今後、被保険者の介護保険関係及び後期高齢者医療関係の書類の郵送物は以下に送付してください。

送付先	住 所	〒　― 上記住所と同じ場合は「同上」でも可		
	宛 名	桶川　太郎		
	電話番号	＊＊＊ ― ＊＊＊＊ ― ＊＊＊＊	被保険者との関係	夫

桶川市長

上記のとおり、介護保険・後期高齢者医療関係の届出をします。

☐ 上記の送付先と同じ
【同じ場合は、届出日、氏名のみ】

令和　＊＊ 年　＊＊ 月　＊＊ 日

届出者（記入者）	住　所	〒　― 右上☑ある場合、記載不要		
	氏　名	必須		
	電話番号	右上☑ある場合、記載不要	被保険者との関係	右上☑ある場合は記載不要

※還付金がある場合は、下記口座に振り込みください。　**※死亡・転出の場合は必須項目**

指定口座	銀　行	本店	口座番号（普通預金）
	死亡・転出の際は 記入必須		
	口座名義人の住所	〒　―　☐ 送付先または届出者と同じ(※以下、記入不要)	
	電話番号	―　―	

※留意事項

・転出の場合の振込先は被保険者本人又は配偶者に限ります。

・被保険者が死亡した場合は、配偶者・子・その他親族(相続人)の請求（口座）にしてください。

・ゆうちょ銀行への振込みを希望される場合は、振込用口座をご記入ください。

桶川市記入欄			
	高齢者	介護	後期
入力	／	／	／
提出		／	／