

介護保険資格喪失届
兼 介護保険料還付金等口座振込依頼書

令和 年 月 日

安来市長様

次のとおり介護保険の資格を喪失しましたので届け出ます。

届出人氏名	印	被保険者との関係	
届出人住所	〒 電話番号 () -		

資格喪失事由 (○で囲んでください。)	資格喪失日
転出・死亡・その他 ()	年 月 日

被保険者番号			
個人番号			
フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
被保険者氏名			
住 所	〒		
新 住 所 地 (転出の場合のみ)	〒		

この届により介護保険料還付金等が生じた場合には、次の口座に振り込み願います。

口座振込 依頼欄	農協 銀行 金庫	支店 支所 出張所	種 目	口 座 番 号
	金融機関コード	店舗コード	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他	
	フリガナ			
	口座名義人			