

介護保険料還付申請書

砺波地方介護保険組合 あて

下記の被保険者に係る介護保険料の還付分を下記の口座に振込するよう申請します。

		申請年月日	年	月	日
被保険者 (確認票に記載の被 保険者氏名及び番号 を記入)	住所	(〒 -)			
	電話番号	- -			
	フリガナ				
	氏名				
被保険者番号					
振込口座	金融機関コード				-
	金融機関	銀行 信金・信組 農協・労働金庫			本店 支店 支所
	預金種目	普通(総合)・当座			※○で囲む
	口座番号				
	フリガナ				
	口座名義人				

※ゆうちょ銀行(郵便局)は振込口座登録されている場合のみ指定いただけます。

支店名は、通帳を開いて下のページに記載があります。(例: ^{サンニハチ}三二八支店)

以下は、被保険者が死亡されている場合、必ずご記入ください。

◆死亡年月日	年 月 日			
◆相続人代表者 (届出人)	続柄	氏 名		
◆同上連絡先	住所	(〒 -)		
	電話番号	- -		

※相続人代表者は還付金申請者とし、その還付を受けることができる者の順位は、配偶者・子・父母・孫・祖父母・兄弟姉妹の順です。(但し、相続人がいない場合は届出人)
今後このことにつき、他の相続人等から問題が生じたときは、当方で解決いたします。

◆相続人代表(届出人) _____ 印