

鎌倉市口座振込等依頼書 兼 申立書

〔介護保険料還付金・介護保険給付費(被保険者死亡の場合)・後期高齢者医療保険料還付金〕

届出日 年 月 日

(あて先)鎌倉市長

次のとおり、介護保険料還付金、後期高齢者医療保険料還付金及び介護保険給付費の口座振込を依頼します。

※被保険者が死亡の場合

私が被保険者相続人の代表であり、還付金または給付金が下記振込先口座へ振り込まれることについて、他の相続人や親族との紛議が生じて私が責任を持って処理することを申し立てます。

申請者	住所	〒 ー ※転出の場合は転出先の住所														
	フリガナ															
	氏名	(被保険者本人の氏名。被保険者死亡の場合は相続人)														
	続柄	本人 配偶者 子 孫 父母 祖父母 きょうだい 甥 姪 ※その他() ※その他の場合は相続人もしくは代理人であることを証明する公正証書等の写しを添付して下さい。														
	自宅 携帯	() ()														

被 保 険 者 情 報	介護保険 被保険者 番号											後期高齢者 医療被保険 者番号										
	フリガナ											生年月日	(明治・大正・昭和) 年 月 日									
	氏名																					
	※1 住 所	〒 ー										※1 申請者と同じ場合には記入不要										

振 込 先 口 座	銀行 信用金庫・組合 農業・漁業協同組合			支店 支所 出張所			種目 口座番号	普通										
	金融機関コード			支店コード			フリガナ ※											
							口 座 名義人											

※口座名義人のフリガナ欄はカタカナで姓と名の間に1マスあけて左づめでご記入ください(濁点(゜)、半濁点(゜)も1字)。

※申請者と口座名義人が相違する場合には以下の委任欄にご記入及び押印をお願いします。

委 任 欄	私は、上記の者に、介護保険料還付金・介護保険給付費・後期高齢者医療保険料還付金の受領に関する一切の権限を委任します。														
	受任者(口座名義人)							委任者(申請者)							
	氏 名							氏 名 ㊞							

*被保険者死亡の場合は、介護保険料、介護保険給付費及び後期高齢者医療保険料にかかる書類は、申請者に送付します。

介護処理欄	資格: G S T 住記確認: 有 無										後期処理欄	資格: G S T 住記確認: 有 無									
送付先: 有 無 ()											送付先: 有 無 ()										
口 座: 有 無 ()											口 座: 有 無 ()										
後 期: □											介 護: □										

介 護		後 期	
入 力	確 認	入 力	確 認