介護保険料還付金、介護給付費等及び後期高齢者医療保険料還付金振込先口座指定届

被保険者番号	介護保険										
	後期高齢者医療	／	／								
フリガナ					生　年　月　日						
被保険者氏名					T・S　　年　　月　　日						

令和　　年　　月　　日

中間市長　様

当該被保険者に係る介護保険料還付金、介護給付費等及び後期高齢者医療保険料還付金の振込先口座を下記のとおり指定します。　今後発生する還付金・給付金について、口座の変更を申し出ない限り下記口座に振り込みを行うことに同意します。

フリガナ
届出人氏名

〒

届出人住所

電話番号

振込先口座

金融機関名	【　　】銀行・信用金庫・農協・労働金庫							
支店名	支店　・　出張所							
口座種別	普通　・　当座							
口座番号								
フリガナ								
口座名義人								
被保険者との関係	本人・配偶者・子・孫・その他【　　】							

＜委任状＞　※口座名義人が被保険者以外の場合

後期・介護保険料還付金及び介護給付費等の当該手続きについて上記の者に委任します。

被保険者住所

被保険者氏名

後期担当	介護担当