

介護保険資格異動・喪失届

木曾広域連合長 様

介護保険の資格喪失に伴い、下記のとおり届け出ます。

※申請者が被保険者本人の場合、申請者の欄は申請日のみ記入してください。

申請者	申請日	年 月 日	続柄	
	フリガナ			電話番号
	氏名			
	住所	〒 -		

※被保険者が死亡の場合、介護保険関係書類はこちらの住所に送付させていただきます。

被保険者	死亡・転出日	年 月 日	喪失事由	<input type="checkbox"/> 死亡 ・ <input type="checkbox"/> 転出	
	被保険者番号	わかる方はご記入ください。		電話番号	
	フリガナ				
	氏名			生年月日	年 月 日
	住所 (転出先住所)	〒 - <input type="checkbox"/> 申請者と同じ			

「介護保険料に還付金が発生した場合の振込先口座」

※被保険者が死亡の場合は、相続人・親族様の口座（本人口座以外）を記載してください。

※還付金等が生じた場合は、その都度振り込み期日、金額等詳細をお知らせいたします。

振込先口座	金融機関	銀行・信金・金庫 農協・信組			支店・支所・出張所 本所・本店・営業所					
		預金科目		口座番号 (右につめてご記入ください。)						
	1 普通 2 当座 3 その他 ()									
	ゆうちょ銀行	記号			番号					
		1			0					
フリガナ										
口座名義人										

木曾広域連合 記入欄

処理日	メモ	高額	送付先	還付	財務
/	<input type="checkbox"/>	有 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

お問合せ先 木曾広域連合 介護保険係 電話 0264-23-1050
--