

口座振込依頼書
(介護保険償還払用)

| | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|---------------------------|--------|---|-----|---|---|---|---|---|--|
| フリガナ | | | 保険者番号 | | 2 | 8 | 2 | 2 | 8 | 5 | |
| 被保険者氏名 | | | 被保険者番号 | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日生 | 性別 | 男・女 | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | |
| | | 電話番号 () | | | | | | | | | |
| 銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 | 本店 支店 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 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者からみた口座名義人との関係 | | | | | | | | | | | |
| 指定口座への振込理由 (該当理由に○をして下さい。) | | | | 1 銀行の口座がないため 2 金銭の管理が出来ないため 3 その他(理由:) | | | | | | | |
| 加東市長 様 上記の口座に振込をお願いします。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 申請者 住所 (被保険者、又は、 氏名 被保険者不在の場 ⑤ 合は口座名義人) 電話番号 () | | | | | | | | | | | |