

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 農協	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 合は口座名義人) 電話番号 ()										