

転出による資格喪失・重複納付等による還付金の振込先届

瑞浪市長様

年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_ 印（被保険者番号 \_\_\_\_\_）

新 住 所 \_\_\_\_\_

連 絡 先 \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ） \_\_\_\_\_

介護保険料過誤納金については下記の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	銀 行	本 店	種 目	口 座 番 号			
				口	座	番	号
	信用金庫	支 店	1 普通預金				
	信用農業 協同組合	出張所	2 当座預金	口 座 名 義 人			
				フリガナ			
			3 その他				

※口座は被保険者本人が名義人のものをお願いします。