

介護保険給付関係 振込先変更届

下記の被保険者に係る振込先口座の変更を次のとおり申請します。

なお、今後この届出内容につき、当事者間の問題が生じた場合は、当方で解決し、貴市には一切迷惑をお掛けしません。

令和 年 月 日

<届出人>

住 所	〒
氏 名	
電 話 番 号	() —
対象者との続柄	

<対象者>

被保険者番号	2 2 0 0 0
被保険者氏名	
生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日
理 由	1. 口座変更 2. 死亡 3. その他

※対象者本人以外の口座へ変更する場合は、委任状が必要です（死亡の場合を除く）。

<振込先>

金 融 機 関 名	銀行・信用金庫・信用組合・農協
支 店 名	支店
種 目	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他
口 座 番 号	
口 座 名 義 人	
対象者との続柄	