

転出・更正用

令和 年 月 日

介護保険料還付金振替用口座届出書

転出または保険料更正した介護保険の被保険者										
被保険者番号										
被保険者氏名										
現住所	〒 -									
電話番号										

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を利用する場合は、マイナポータルからの事前登録が必要です。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する										
口座振替 依頼欄	金融機関	金融機関名	銀行				支店・店名		種目		
			農協				本店		1. 普通		
			信用金庫				支店		2. 当座		
			出張所								
		口座番号									
	フリガナ										
	口座名義人										
ゆうちょ銀行で記号番号のみの場合は、下記へ記入してください。											
	ゆうちょ銀行	記号	1					0			
		番号									
		フリガナ									
		口座名義人									

※ 振込先は原則ご本人様名義の口座となりますが、ご本人様の口座がない場合には、ご家族の方の口座に還付いたしますので、下記に同意されました上でご家族の方の口座をご記入ください。

記

私は、上記口座を介護保険料還付金の振込先とすることに同意いたします。

本人氏名