

口座振込申込書

年 月 日

柏崎市会計管理者 様

貴市から還付または支給される被保険者の保険料、給付費については、下記金融機関の口座への振り込みを申し込みます。

1 申請者

住 所	〒 ー		
氏 名		被保険者との続柄	本人・夫・妻子・()
電話番号			

2 被保険者（申請者と同じ場合は、氏名欄は同上と記載）

介護保険被保険者番号		後期高齢者医療被保険者番号	
氏 名		生年月日	大・昭年 月 日

3 該当する項目にチェックを付けてください。

☐ 介護保険関係	☐ 後期高齢者医療関係
介護保険料、介護保険給付費	後期高齢者医療保険料

※介護保険給付費の支給について、未申請の場合は、別途申請が必要です。

4 振込先口座

銀行・信用金庫 信用組合・農 協 労働金庫		本店 支店 出張所	預金種別	普通 当座 貯蓄
口 座 番 号		口座名義人		
		フリガナ		
		氏名		

【委任欄】

※委任欄については、被保険者名義の口座以外を振込先に指定する場合にご記入ください。

委任する人 (被保険者)	氏 名		
下記の者を代理人と定め、上記3 で選んだ保険料または給付費等の受領に関する一切の権限を委任したので届け出ます。			
委任を受ける人 (口座名義人)	住 所	〒 ー	
	氏 名	電話番号 ー ー	