

介護保険資格喪失届

真庭市長 様

次のとおり介護保険資格の喪失について届け出ます。
なお、当該被保険者に介護保険料の還付が発生した場合、下記の口座に振込みをしてください。

届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒	電話番号:()	ー

資格喪失内容

喪失事由 (該当に○)		市外転出 ・ 職権喪失 ・ 死亡 ・ 適用除外該当 ・ その他喪失											
喪失年月日		令和 年 月 日											
被 保 険 者	被保険者番号											性別	男 ・ 女
	個人番号												
	フリガナ											生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
	氏 名												
備 考													
・ 認定の状況： 無 ・ 要支援・要介護_____（有効期間 年 月 日まで） ・ 介護保険施設入所の状況： 無 ・ 施設名 ・ その他特記事項													

※ 資格喪失となった被保険者の被保険者証を添付してください。

口座情報

口座振替 依頼欄	銀行名			支店名			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							
	ゆうちょ 銀行	通 帳 記 号						通 帳 番 号（右詰めで記入）						
								の						
	フリガナ 口座名義人													
	住 所		〒											