

介護保険資格取得・異動・喪失届  
[介護保険料過誤納金還付請求書]  
兼介護給付費振込口座変更申請書

浜田地区広域行政組合 管理者 様

次のとおり届け出ます。これに伴い保険料の還付が生じる場合は、次の金融機関口座への振り込みを請求します。また、介護給付費の振込先もこの口座に変更します。

(死亡の場合は相続人代表者、転出等の場合は本人)

届出人氏名 (申請及び請求者) 被保険者との関係 同居の有無 (同居・別居)

〒 住 所 電話番号 ( )

該当被保険者

Table with columns: 被保険者氏名, 個人番号, 生年月日, 性別, 被保険者番号, 住 所, 異動日, 届出事由. Includes a circled '1 死亡' in the incident reason section.

振込先口座等

Table for remittance account information with columns: 振込先口座, 振込通知先, 振込先口座, 口座種別, 口座番号. Includes fields for bank name, branch, and account type.

※ 請求者名義以外の口座に振り込みを希望される場合は、裏面の委任状をご記入ください。

## 還付金等受領委任状

代理人(口座名義人)

氏 名

---

住 所

---

委任者との関係

---

私は、上記の者を代理人と定め、上記の介護保険料にかかる過誤納金還付及び介護給付費受領に関する権限を委任します。

年 月 日

委任者(申請及び請求者)

氏 名

---