

介護保険支払方法変更（償還払い）終了申請書

大曲仙北広域市町村圏組合管理者 様

次のとおり、支払方法変更（償還払い）終了申請します。

| | | |
|-------|---------------------|--------|
| | 申請年月日 | 年 月 日 |
| 申請者氏名 | | 本人との関係 |
| 申請者住所 | 〒 ー 電話番号 () | |

| | | | | | | | | | |
|--------|--|---|---|---|----|-----|-------|--|--|
| 被保険者番号 | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | カガナ ----- | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 | _____ | | |
| 住 所 | 〒 ー 電話番号 () | | | | | | | | |
| 申請の理由 | 1. 公費負担医療の受給 2. 災害 3. 重大な障害又は長期入院 4. その他 | | | | | | | | |
| | * 著しい減少の場合は 4. その他を選択、完納の場合は選択不要 | | | | | | | | |
| | ----- | | | | | | | | |
| | ----- | | | | | | | | |