

介護(予防)給付費振込口座変更依頼書

被保険者： _____ [被保険者番号： _____] についての保険給付費は、
下記の金融機関の口座へ振り込んでください。

なお、受け取りました介護給付費について、万一紛議が生じた場合、当方の責任により解決し、貴組合に一切迷惑をおかけしません。

●対象となる給付の種類（□に“レ”を記入してください。）

- 介護保険高額介護(介護予防)サービス費
- 介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費
- 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費

●変更後の振込口座

金 融 機 関 名	本・支店(所)名			種 別
銀行・農協・労働金庫・ 信用金庫・信用組合	支店	支店コード		1 普通
	支所 出張所			2 当座
口 座 番 号	口 座 名 義 人 (カ ナ)			
	()			
理 由				

年 月 日

被 保 険 者 住 所 _____

被 保 険 者 氏 名 _____ 印

口 座 名 義 人 氏 名 _____ (続柄:) 印

連 絡 先 () _____