

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 支所 出張所	支店コード		1 普通
				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 () _____

