

本庁受付印

介護保険料及び高額介護
(介護予防) サービス費
後期高齢者医療保険料
国民健康保険高額療養費

精算連絡票兼請求書
(死亡)

支所受付印

死被 亡保 し險 た者	被保険者氏名	被保険者番号		介護 後期 国保			
	生年月日	M・T・S	年	月	日	性別	男・女
	住所	長崎県西海市		町	郷	番地	
	死亡した年月日	令和		年	月	日	

請求者	(フリガナ) 氏名	()	続柄				
	生年月日	M・T・S	年	月	日	性別	男・女
	住所	〒 -					
	電話番号						
	還付の場合 振込指定口座	銀行 金庫		本店 支店	普通		
	信用組合		本所 支所	当座			
	農協 漁協		出張所	その他			
	フリガナ			口座番号			
	名義人			口座番号			

※ゆうちょ銀行の場合は、口座番号ではなく、記号(5桁)－番号(8桁)をご記入ください。

(注意) 精算後、未納がある場合は納付書を発送いたします。
 特別徴収の場合は、日本年金機構等年金保険者との確認後に期間を要しますのでご了承ください。
 還付金及び高額介護(介護予防)サービス費支給決定後は、請求者へ通知します。

委任状

下記の者に、還付金及び高額介護(介護予防)サービス費の受け取りを委任します。

請求者氏名(上記請求者と同一人) _____ ①

委任を受ける者	氏名	続柄		配偶者・同居家族 その他()		
	住所	県		市	町	番地
	電話番号					
	還付の場合 振込指定口座	銀行 金庫		本店 支店	普通	
		信用組合		本所 支所	当座	
	農協 漁協		出張所	その他		
	フリガナ			口座番号		
	名義人			口座番号		

届出内容に変更があった場合はご連絡ください。

西海市役所 長寿介護課(電話0959-37-0024) / 健康ほけん課(電話0959-37-0067)