

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
(転出)

支所受付印

請求者 (転出する被保険者)	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
	これまでの住所	西海市 町 郷		
	転出予定日	令和 年 月 日		
	転出先住所	〒 - 県 市 町		
	転出先電話番号	- -		

本人の 口座	還付の場合 振込指定口座	銀行 金庫 信用組合 農協 漁協	本店 支店 本所 支所 出張所	普通 当座 その他
	フリガナ		口座 番号	
	名義人			

※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。
還付金決定後は、請求者へ通知します。

委任状

下記の者に、還付金の受け取りを委任します。

請求者(転出する本人)氏名 _____ Ⓜ

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

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)