

介護保険 支払方法変更及び支払一時差止等措置に係る終了申請書

保険者番号		被保険者番号	
フリガナ		生年月日	年 月 日
被保険者氏名			
住 所	〒		
	電話番号		
申請の理由	1. 公費負担医療の受給 () 2. 災害等 ()		
	3. 滞納保険料完納 4. 滞納保険料の著しい減少 5. その他 ()		
上記のとおり関係書類を添えて申請します。 申請年月日 住 所 申請者 氏 名 電話番号			

(注意)

* 公費負担医療を受給(生活保護受給者又は原子爆弾被爆者等)している場合は、受給を確認できる書類(受給者証等)を添付してください。

* 滞納保険料を納付した場合は、領収書を添付してください。