

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	012021	被保険者番号	0000000000
フリガナ	ハコダテ タロウ		
被保険者氏名	函館 太郎	生年月日	○○ 年 ○○月 ○○日
住 所	〒 ○○○-○○○○ 函館市○○町○○番○○号 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	○○年○○月○○日		
申請者	住 所	函館市○○町○○番○○号	
	氏 名	函館 太郎	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。