

介護保険支払方法変更（償還払い）終了申請書

海陽町長 様

次のとおり、支払方法変更（償還払い）の終了を申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号 ()	

被保険者番号					
個人番号					
フリガナ					
被保険者氏名					
生年月日	年	月	日	性別	男・女
住所	〒 電話番号 ()				
申請の理由	1 公費負担医療の受給				
	2 災害				
	3 重大な障害又は長期入院				
	4 その他				
	※著しい減少の場合は「4 その他」を選択、完納の場合は選択不要				

--	--