

介護保険支払方法変更（償還払い）終了申請書

大曲仙北広域市町村圏組合管理者 様

次のとおり、支払方法変更（償還払い）終了申請します。

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

被保険者番号							
個人番号							
被保険者氏名	刀カナ						
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	_____
住 所	〒 ー						
	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						
	<small>* 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</small>						

