別記様式第40号(第25条関係)

介護保険支払方法変更(償還払い化)終了申請書

　後志広域連合長　様

　次のとおり、支払方法変更(償還払い)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　　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |

|  |
| --- |
| 　 |