

口座振込依頼書

(西暦)

年 月 日

(宛先)湖西市長

次に該当する項目について、下記の口座に振り込むよう依頼します。

- ☐ 国民健康保険に関する請求と受領(葬祭費を除く)
- ☐ 重度障害者(児)医療費・福祉に関する請求と受領
- ☐ 介護保険の給付金、介護保険料の還付金

対象者	フリガナ					
	氏名					
	住所					
	生年月日	年	月	日	電話番号	

振込先口座	(市記載欄) 金融機関コード					-				-	
	金融機関名	支店名			預金種別		口座番号(右詰め)				
	フリガナ										
	口座名義人										

※ゆうちょ銀行の場合、支店名（例：二三八支店）及び 7桁の口座番号をご記入ください。

対象者と口座名義人が同一でない場合、下記のご記入をお願いいたします。

1 対象者の死亡により、ご遺族の口座に振り込む場合

上記の対象者に係る給付金等について、相続人代表として私が受領します。

なお、この件について他の親族や相続人等との紛議が生じて、私が責任を持って処理することを申し添えます。

相続人代表者 氏名 _____ (署名または記名押印)

住所 _____

電話番号 _____ 対象者から見た関係 _____

※原則として、代表受領者となるのは、ご本人様のご親族(配偶者・子・孫・兄弟等)です。

2 上記1以外の理由で、対象者以外の口座に振り込む場合

私が支払いを受ける上記の給付金等の受領に関する一切の権限を下記の代理受領者に委任します。

対象者 氏名 _____ (署名または記名押印)

代理受領者 氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

市使用欄	宛名番号		介護保険 被保険者番号		確認者		
------	------	--	-------------	--	-----	--	--