

介護保険支払方法変更（償還払化・差止）終了申請書

（宛先）むつ市長

次のとおり、支払方法変更（償還払・差止）終了の申請をします。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	連絡先	

（注） 申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所欄は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所	連絡先		
申 請 理 由	1 未納医療保険料等の完納 2 未納医療保険料等の著しい減少 3 災害等 4 重大な障害又は長期入院 5 その他（ ）			

介護保険支払方法変更（償還払化・差止）終了申請書

（宛先）むつ市長

次のとおり、支払方法変更（償還払・差止）終了の申請をします。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	連絡先		
医療保険者の名称			
医療保険者番号			
医療保険被保険者証記号番号			

（注） 申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所欄は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所	連絡先		
申 請 理 由	1 未納医療保険料等の完納 2 未納医療保険料等の著しい減少 3 災害等 4 重大な障害又は長期入院 5 その他（ ）			