

被保険者振込口座情報変更届書

年 月 日

神石高原町長 様

〒 -

届出者 住所

_____)
(TEL _____)

氏名

_____)
(被保険者との続柄 _____)

次のとおり変更が発生しましたので、振込口座の変更をお願いいたします。

1. 対象処理 _____ (介護保険)
2. 被保険者番号 _____
3. 被保険者名 _____
4. 変更口座情報

	旧	新
金融機関名		
支店名		
預金種別(普通・当座等)		
口座番号		
(フリガナ) 口座名義人	(フリガナ)	(フリガナ)