

介護保険支払方法変更(償還払い)終了申請書

(宛先)野田市長

次のとおり支払方法変更(償還払い)終了申請します。

申請者記入欄

		年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係
住 所	〒	電話番号

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号								
	被保険者番号								
生年月日	年 月 日								
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 重大な障がい又は長期入院 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								

備 考	