みなかみ町介護保険【高額サービス費・償還払い・高額医療合算】
口座指定依頼書兼誓約書

被保険者氏名		被保険者番号	
生　年　月　日	明･大･昭　年　月　日	性　　別	男　・　女
住　　所			

みなかみ町長　様

今後の介護保険の支払い・還付については被保険者が死亡したため、下記の受給代表者の口座を振込口座として指定します。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 支所	預金種目 1．普　通 2．当　座 3．その他	口座番号
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	口座名義人			

なお、指定にあたり、以下の誓約書を添付いたします。

誓約書兼送付先変更届出書

みなかみ町長　様

私は、被保険者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対する介護保険で生じた返還金、償還金の代表受給者であり、この受給について、他の相続人との問題が生じても、みなかみ町には一切迷惑をかけないことを誓約いたします。また、介護保険の事務書類については、下記の住所まで送付願います。

令和　　年　　月　　日

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　（続柄：　　）

連絡先(昼間)　　－　　－