

複写してご使用ください。

介護保険 高額介護サービス費 受領委任払い合意施設 退所連絡票

令和____年____月____日

神戸市____区長 宛

介護保険施設名 _____

介護保険事業者番号 _____

受領委任合意番号 _____

担当者氏名 _____

電話番号 _____

高額介護サービス費の受領委任払いを受けている次の者が施設を退所しましたので、連絡します。

1. 退所年月日 令和____年____月____日

2. 被保険者番号 _____

3. 氏名 _____

4. 退所理由 (いずれかの□にレでチェックを入れてください。)

他の介護保険施設入所 死亡

医療機関入院 その他 (自宅へ戻られたなど) (_____)

5. 受領委任払いを行う最後の利用月をご記載ください。

(下記年月の翌月以降の利用分につきましては、本人償還用の申請案内を被保険者宛に送付します。)

受領委任払い最終利用年月
令和____年____月

以下には記入しないでください。

神戸市処理欄 受領委任払いによる自動償還停止について

- 1. 利用年月を入力。
(受領委任払いによる支給申請が最後に行われる利用月を入力。)

____年____月

- 2. 自動償還欄(2. 不要・停止)を入力。

- 3. 停止理由欄に下記の停止理由コードを入力。
停止理由コード(01:希望なし 02:資格なし 03:住所変更 99:その他)

(伺)この連絡票により、自動償還を停止いたしたく。

課長	係長	担当	受付