様式第8号(第6条関係)

(2号被保険者用)

介護保険給付の支払一時差止等依頼書

年　月　日

出雲市長　様

医療保険者

代表者　　　　　　　　　　　㊞

　下記の者について、　　　年　月　日付け　第　　号により要介護(更新)認定等の申請を受理した旨の通知がありましたが、保険料の滞納状況は以下のとおりであり、保険給付の一時差止等を依頼します。

【保険料滞納者】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　月　日 | 性別 | 　 |
| 住所 | 〒 |
| 介護保険者番号 | 　 | 医療保険者番号 | 　 |
| 介護保険者の名称 | 　 | 医療保険者の名称 | 　 |
| 介護保険被保険者番号 | 　 | 医療保険被保険者証記号番号 | 　 |

【保険料の滞納状況】

医療保険の加入期間　：　　　　　年　月　日　　から　　　　　年　月　日まで

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年度保険料　　　 | 年度保険料　　　 | 年度保険料　　　 |
| 期別 | 保険料額 | うち滞納額 | 期別 | 保険料額 | うち滞納額 | 期別 | 保険料額 | うち滞納額 |
| 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 |
| 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 |
| 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 |
| 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 |
| 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 |
| 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 |
| 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 |
| 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 |
| 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 |
| 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 |
| 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 |
| 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 | 　期(月) | 　 | 　 |
| 計 | 　 | 　 | 計 | 　 | 　 | 計 | 　 | 　 |

(注1)　　　年　月　日現在

(注2)保険料徴収債権が発生していない額(納付すべき時期が未到来の額)は含まない。