別記様式第37号（第24条第1項関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（2号被保険者用）

介護保険給付の支払一時差止等依頼書

和　　第　　　号

和 寒 町 長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日

様

医療保険者

代表者

下記の者について、　 年　月　 日付　　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 | 男　・　女 |
| 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 | |  | | |

【医療保険料等の滞納状況】

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 |
| 第1期 | 円 | 円 | 第1期 | 円 | 円 | 第1期 | 円 | 円 |
| 第2期 | 円 | 円 | 第2期 | 円 | 円 | 第2期 | 円 | 円 |
| 第3期 | 円 | 円 | 第3期 | 円 | 円 | 第3期 | 円 | 円 |
| 第4期 | 円 | 円 | 第4期 | 円 | 円 | 第4期 | 円 | 円 |
| 第5期 | 円 | 円 | 第5期 | 円 | 円 | 第5期 | 円 | 円 |
| 第6期 | 円 | 円 | 第6期 | 円 | 円 | 第6期 | 円 | 円 |
| 計 | 円 | 円 | 計 | 円 | 円 | 計 | 円 | 円 |
| 保険料年額 | 円 | | 保険料年額 | 円 | | 保険料年額 | 円 | |
| 収納額 | 円 | | 収納額 | 円 | | 収納額 | 円 | |
| 未納額 | 円 | | 未納額 | 円 | | 未納額 | 円 | |

（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。