

介護保険資格喪失(死亡)届

延岡市長様

被保険者証預かり 未・済

特徴・普徴 (期分まで収納)

被保険者番号 2 6 0 0

フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日
被保険者氏名 (死亡した者の氏名)	性別	男・女
被保険者住所		

喪失日 令和 年 月 日 (死亡日 令和 年 月 日) 確認印

上記のとおり届け出ます。
つきましては、上記の介護保険被保険者に係る介護保険料の還付が発生する場合には、下記相続人代表者の金融機関口座に口座振込にて支払いされるようお願いいたします。
また、介護保険給付費(高額介護サービス費、住宅改修費、福祉用具購入費等)の受取口座が凍結される場合についても、下記の口座に変更されるようお願いいたします。
なお、他の相続人から異議申し立て等があった場合は、私の責任において解決することを誓約します。

令和 年 月 日

氏名 _____ ※署名できない場合は押印が必要です。
〒 _____

届出者 住所 _____
電話番号 _____ - _____ 被保険者との続柄 _____

口座振込依頼欄

振込口座	銀行 農協/漁協 金庫 ()	支店 本店 営業部 ()	種 目		口 座 番 号 (右詰め)			
			1 普通	2 当座				
フリガナ			被保険者 との続柄					
口座名義人	① (被保険者・届出者) と同住所		電話番号 ()					
口座名義人 住 所	② その他住所		電話番号 ()					

振込先口座の記入誤りはありませんか? 通帳・カード確認済み (チェック)

【市記入欄】

受付	備考

※Acro 入力 of 届出日はこの届出日