

課長	参事	課長補佐	係長	主幹	係	担当

年 月 日

介護保険 資格喪失（死亡）・相続人代表届 及び償還関係金融機関変更届

瀬戸内市長 様

下記の被保険者が死亡したので、資格喪失及び相続人代表届を提出します。

つきましては、介護保険に係る給付金等の請求及び受領に関して、私が相続人代表になることを相続人一同同意し、また、介護保険に関する相続について疑義が生じた場合は、私が一切の責任を負います。

被相続人	被保険者番号	0	0	0	0							死亡日	年	月	日	
	フリガナ											生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名											性別	男	・	女	
	住所	瀬戸内市 町														

相続人代表氏名	印	被相続人との続柄	
相続人代表住所 (送付先)	〒		
	電話番号		

※死亡者が介護認定を受けており、高額介護サービス費・特定福祉用具購入費・住宅改修費の償還がある場合は新しい受け取り金融機関として相続人代表者様の口座をご記入ください。

なお、新口座は次回通知する償還金から反映されます。

種別	高額介護サービス費 ・ 特定福祉用具購入費 ・ 住宅改修費 ・ その他														
受取金融機関 (変更後)	銀行 信用金庫 農協										本店(本所) 支店(支所) 出張所				
	1. 普通										口座番号				
	2. 当座										フリガナ				
	3. その他										口座名義人				

※市記入欄

被保険者証 回収の有無	有 ・ 無
要支援要介護 認定の有無	有 ・ 無
介護保険施設 入所の有無	有 ・ 無

送付先入力	送付先(連絡先)入力	
	資格記録管理	
	保険料収納管理	

※相続人確認書類

・運転免許証 ・各種健康保険証 ・各種年金手帳 ・旅券(パスポート) ・他()
--