

受付印

介護保険 資格喪失（死亡）届 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費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。

被保険者 (被相続人)	被保険者番号	0 0 0 0	届出年月日	年 月 日
	フリガナ		死亡年月日	年 月 日
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
			性別	男 ・ 女
住所	瀬戸内市			
相続人代表者	氏名		被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(孫) <input type="checkbox"/> 父・母 <input type="checkbox"/> 兄・弟・姉・妹(甥・姪)
	住所(送付先)	〒 -	電話番号()	

※相続人代表になれるのは、法定相続人【①配偶者、②子(養子)、③親、④兄弟姉妹】に限られます。子の配偶者は含みません。
 (②が亡くなっている場合は孫、①～④が亡くなっている場合は甥・姪が相続人になります。)

受取金融機関 (変更後)	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号
			普通(総合) 当座・貯蓄 その他()	
	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店・支所 出張所		
	フリガナ			
	口座名義人			

※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。
 ※相続人代表者と口座名義人が異なる場合は、裏面の委任欄にも記入をお願いします。

受付時確認欄

相続人確認書類

免許証 健康保険証 年金手帳 マイナンバーカード その他()

担当課記入欄	被保険者	被保険者証	回収 ・ 未回収		送付先入力日	送付先入力	
		介護認定	介 ・ 支 ~ ・ 無			資格記録管理	
		施設入所	入所 ・ 入所なし			保険料収納管理	
	課長	課長補佐	係長	係	担当	口座入力者	口座入力日

※相続人代表者と口座名義人が異なる場合に記入してください。

上記、介護給付費受領に関する権限を、下記代理人に委任します。

年 月 日

委
任
欄

相続人代表者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代 理 人 住 所 _____

氏 名 _____ 印