

石垣市長 様

介護保険相続人代表者に関する届

下記の被相続人死亡後における、被相続人にかかる介護給付費・保険料に関する事項については、私が責任をもって解決することを届出いたします。

相続人代表者	住 所	〒					
	氏 名	(印)					
	生年月日	明治 昭和	大正 平成	年	月	日	
	死亡者との続柄		電話番号				
被相続人	被保険者番号						
	死亡時の住所						
	氏 名						
	死亡年月日						

被相続人に関する介護給付・保険料還付金が発生する場合は、下記の口座へ振込みを依頼します。

取扱金融機関				支店名			
銀行 農協 信金				本店 支店 出張所			
口座 名義 人	フリガナ		口座種別	口座番号			
	氏 名		1 普通預金 2 当座預金				

※ ゆうちょ銀行の場合は、以下の欄に記入して下さい。(通帳を開くと記載されています)

記 号		記 号	
店 名		店 番	
口座 名義 人	フリガナ	口座番号	
	氏 名		

※口座は相続人代表者名義に限ります。また、振込までには1~2ヶ月かかることがあります。