

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 ※自署の場合は押印不要		
	生年月日	明治 大正 昭和 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		氏名	
	住所			
	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、下記の口座へ振込を依頼します。

取扱金融機関		支店名				
銀行・農協 信金・労金		本店・支店・出張所 (支店コード:)				
口座名義	フリガナ	預金種別	口座番号			
	氏名	普通預金 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		番号					
店名		店番					
口座名義	フリガナ			口座番号			
	氏名						

※振込先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。

【保険者確認欄】

受付	申請者	申請者確認欄	介護保険係	給付認定係
<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他	相続人との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()		