

介護保険資格喪失（死亡）届（口座振込依頼・送付先登録（変更）届）

平成 年 月 日

ふじみ野市長 あて

①届出人 〒 _____
 住 所 _____
 フリ ガナ
 氏 名 _____ (印)
 死亡者との続柄 _____
 電 話 () _____

②被保険者

故 _____ にかかる介護保険法にもとづく各種通知、保険料の還付金並びに未支給の給付金等については、相続人を代表して下記の者が受領しますので、送付先と振込先口座の登録をお願いします。

なお、この件について、他の相続人と紛議が生じても私が処理し、一切の責任を負うことを申し添えます。

②被保険者

記

被保険者番号				生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日生
フリガナ				性別	男 ・ 女			
被保険者 氏名				死亡日	平成	年	月	日
振込先 口座	金融機関	銀行・信用金庫 農協			本店・支店 出張所・支所			
	種別	普通	当座	貯蓄	口座番号			
	名義人	(フリガナ)						

◎今後の通知等の送付先について（どちらかに○を付けてください）

- ㊦ 上記①届出人とする
- ㊧ 次の者とする

※宛名は送付先の方のお名前
 「相続人代表者〇〇〇〇様」と記載されます

送付先	フリガナ			死亡者 との続柄				
	氏名			電 話	()			
	住所	〒 _____						

市担当者処理欄

送付先		口座		保険者証		給付		未決			
-----	--	----	--	------	--	----	--	----	--	--	--