

介護保険被保険者資格喪失届（死亡）

フリガナ		被保険者番号																		
被保険者氏名		個人番号																		
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女														
被保険者住所																				

赤磐市長 殿

上記被保険者(被相続人)に係る介護保険料還付金及び高額介護サービス費等の請求及び受領に関する一切の権限を相続人である私が引き継ぐこととしましたので届け出ます。
 なお、介護保険に関する相続に疑義が生じた場合には、一切の責任は私が負います。

年 月 日

〒

住所

届出者
(相続人
代表者)

氏名

被保険者との続柄

電話番号

振込先口座情報

(届出者と振込先口座の名義人が異なる場合は別途委任状が必要です)

	銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店・支店 出張所
種目	1. 普通口座 2. 当座預金	口座番号 ゆうちょ銀行は記号番号	
フリガナ			
口座名義人			

送付先住所

届出者住所と同じ(宛名も届出者氏名になります。)

下記住所

〒

住所

宛名

電話番号

<市記入欄>

届出者確認欄	1点	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他
	2点	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> その他

資格喪失日		資格喪失原因	死亡
高額該当	有 ・ 無	保険料還付	有 ・ 無
要介護認定	有 ・ 無	受給資格証明書	有 ・ 無
銀行口座入力		宛名入力	