

介護保険資格喪失届兼代理人届出書

・被保険者 1 死亡 2 その他()

のため、申請及び受領に係る代表者を下記のとおり届出します。

令和 年 月 日

(届出先)東村山市長 届出人氏名 印

被保険者との続柄 ()

電話番号 ()

被資格喪失し者た	被保険者番号	0	0	0	0					個人番号		
	フリガナ										異動発生日	令和 年 月 日
	氏名										生年月日	明・大・昭 年 月 日
	今までの住所電話番号	〒 市区 町 電話番号 ()										

(法定)代表相者続人	フリガナ									被保険者との続柄	
	氏名										
	住所電話番号	〒 市区 町 電話番号 ()									

給付関係(高額介護サービス費・住宅改修費・福祉用具購入費等)で口座変更が必要な方は下記にご記載下さい。

口座振替	農協・銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号							
	金融機関コード	店舗コード	普通預金								
			当座預金								
	フリガナ										
	口座名義人										

注意点

1. 特別徴収に係わる介護保険料還付金について、後に日本年金機構より市へ返還請求があった場合、市からの返還請求に応じる義務があります。
2. この届出書の基づき、介護保険給付費等を支払った後に、民法上の正式な相続人から請求があった場合、代表者は市に対して介護保険給付費等を返還する義務があります。
3. 代表者及び関係者について、市が住民基本台帳により、死亡した被保険者との関係を確認できない場合は、戸籍謄本の添付を求めることになります。
4. 死亡者の個人番号の記載は不要です。