介護保険死亡届

（あて先）本庄市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

届出人　　　〒

　住　　所

　氏　　名

　電話番号　　　　　（　　　　　）

　死亡者との続柄

　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号（死亡者） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日（死亡者） | 年　　　月　　　日　 |
| 振　込　先　口　座 | 銀行・信用金庫信用組合・農協 | 本店・支店出張所・支所 |
| 種別 | 普　通当　座貯　蓄 | 口　座　番　号 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 口 座 名 義 人 | （フリガナ） | 死亡者との続柄 |
|  |  |

記

◎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）

□ 届出人とする（下記は記入不要）　　□ 次の者とする

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 送　付　先 | 氏　名 |  | 死亡者との続柄 |  |
| 住　所 | 〒　 － | 電話番号 | （　　　　） |