

介護保険資格喪失届

芦屋市長 宛

次のとおり、介護保険被保険者資格の喪失について届出ます。

被保険者氏名 (死亡者等)	生年月日	明・大・昭	年	月	日
住 所					

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

分からない場合は記載不要

介護保険料を精算した結果、還付金が生じた際、また高額介護サービス費及び高額医療・高額介護合算療養費が生じた際は下記の口座へ振り込むことを依頼します。なお、相続人代表者の私以外の口座名義を指定している場合、当該口座名義人を受任者とし、今後発生した場合の受領の権限を委任します。

令和 年 月 日

相続人代表者（届出人）

【住所・電話番号】

〒 -

TEL () -

フリガナ

【氏名】

【被保険者との続柄】

下記に振込先口座をご記入ください。

金融機関	銀行 信用金庫	本店・支店 出張所
金融機関コード		店番
口座種別・口座番号	普通・当座・貯蓄	
フリガナ		
口座名義人		
ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号
フリガナ		
口座名義人		

※ 被保険者と同世帯でないかたが相続人代表者となる場合には、本人確認書類（顔写真付き）の写しを添付してください。

※ 配偶者、子または親以外（兄弟姉妹・孫・甥姪 等）が相続人代表者となる場合は、被保険者と続柄のわかる戸籍の写しを添付してください。

芦屋市記入欄

<input type="checkbox"/> 本人確認書類添付あり							
<input type="checkbox"/> 住基確認済（本人確認： <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ））							
被保険者番号	証回収	高額・高額総合	受付	入力	確認	係	係長
	未・済	有・無・新規		/			