介護保険に係る相続届

浦 添 市 長 殿

被保険者番号	0	0	0	0						
被保険者氏名										
生 年 月 日	明・大・昭　　年　　月　　日									

上記の被保険者に係る介護保険（下記①～④）に関する請求・受領については、相続人である私に一切の権限が委任されており、私が請求・受領するものです。

① 保険料過誤納還付金　　②高額介護（予防）サービス費等

③高額医療合算介護（予防）サービス費等　　④その他償還払いによる支給

なお、このことに関する相続人間の問題等がありましたら、一切の責任を負います。

届 出 日	年　　月　　日		
フリガナ		被保険者 との関係	
相続人氏名	㊞		
住　　所			
電 話 番 号			

振込口座	銀行 信金･信組 農協･労金			本 店 支 店 出張所			種　目	口 座 番 号 （右づめで記入してください）			
	金融機関コード			店舗コード			1 普通預金 2 当座預金 3 そ の 他				
	フリガナ										
	口座人名義										

※　ゆうちょ銀行をご希望の方で、支店名が不明の場合は、記号・番号を記入してください。

記 号 [　　] ― [　] 番号 [　　]