

介護保険被保険者資格喪失届出書兼
介護保険料過誤納金還付請求書

鏡野町長 様

令和 年 月 日

届出人 氏名 住所

〒

氏名

印

※口座名義人と申立者（相続代表者）が異なる場合のみ押印と委任状が必要。

電話番号 () 被保険者との続柄 ()

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

次のとおり介護保険の被保険者資格を喪失したので届出ます。また、本届出書に記載する個人番号を住民基本台帳等で検索し、担当職員が記載又は確認することに同意します。

被 保 険 者	被保険者番号													資格喪失日	令和 年 月 日
	個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
	フリガナ												性別	男・女	
	氏名												生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日	
	住所	〒													
	喪失理由	死亡・転出（県内・県外）・適用除外該当・その他（ ）													

喪失理由 の 由 が	<p>私（申立者）は、上記介護保険被保険者の死亡に伴い、介護保険法に基づいて支給される保険給付費及び介護保険料過誤納付還付金について、以下のとおり申し立てます。 なお、他の相続人に対して、貴町には一切のご面倒をかけることなく、私が責任を持って異議のないように処理いたします。</p>
	<p><input type="checkbox"/> 相続人を代表して請求及び受領を行います。また、還付金は下記口座に振り込んでください。 <input type="checkbox"/> 相続放棄を行うため、請求及び受領を辞退します。</p>

※ 相続される場合、被保険者との続柄が確認できないときは、戸籍謄本（抄本）等を添付していただきます。配偶者・子・父母・孫・祖父母・兄弟姉妹以外の場合、介護保険料過誤納付還付金は、お支払いできない場合があります。

上記被保険者の介護保険に係る保険給付費や保険料の還付が発生する場合には、次の口座へ振り込んで下さい。

振 込 先	金融機関名										店舗名			預金種別
											銀行 信用金庫 農協 ()	本店 支店 出張所 ()	普通 当座 貯蓄 ()	
	口座番号 (右づめ)													
	フリガナ													
	口座名義人													

鏡野町 処理欄

<過誤納金還付調書>				年 月 日			
介護保険料	特徴	年度	第 期分	町長	課長	補佐・代理	係
	普徴	年度	第 期分				
還付決定額	円						



台帳入力	入力確認
/	/