

代表相続人（法定相続人等）届出書 兼 介護保険料過誤納金還付請求書

令和 年 月 日

(あて先) 奈良市長

下記被保険者の死亡に伴い、次の3点について、相続人の代表者が受領することを届出いたします。なお、この件について他の相続人との間で紛議が生じた場合、貴市には一切迷惑をかけないことを申し添えます。

①各種送付物 ②保険料の還付 ③未支給の給付金

申請者 (フリガナ) 氏名 住所 死亡者との続柄 電話番号

被保険者 (死亡された方) 氏名 生年月日 死亡年月日 保険者番号 被保険者番号 住所

【各種送付物の送付先】

代表相続人が申請者と同じ場合、☑をつけることで記入を省略できます。

代表(法定)相続人 (フリガナ) 氏名 住所 死亡者との続柄 電話番号

※保険料に未納がある場合及び年金保険者から保険料の返納通知があった場合は、代表(法定)相続人に請求させていただきますのでご了承ください。

【保険料の還付及び未支給の給付金の振込先口座】

金融機関 銀行・信金 信組・農協 本・支店 出張所 金融機関コード 支店コード 預貯金の種別 口座番号(左づめで入力) 通帳記号 通帳番号(左づめで入力) 口座名義人 ※共通※

※年金保険者(日本年金機構・各種共済組合等)へのお手続きはお済みですか? (はい・いいえ・今からします)

市記入欄 高額介護サービス費の有無 有・無 未納の有無 有・無 口座修正 済・無 送付先入力 済・無 コピー 済・無 他係へ 済・無