

被保険者死亡による介護保険制度に係る申立書及び回答書

被保険者の介護保険料及び高額介護サービス費・介護給付費について、お支払い分又は還付分が発生した場合には相続人代表者へ通知いたしますので、こちらの用紙へ必要事項を御記入の上、御提出いただきますようお願いいたします。

被 死 保 亡 し 者 た	氏名				
	被保険者番号 (不明の場合は記入不要)		生年月日	明・大・昭 年 月 日	

- ◆回答者が相続人代表者である場合は①へ、
◆回答者が相続人代表者ではない場合は裏面②へ 御記入ください。

①回答者が相続人代表者である場合

私は、上記の被保険者死亡のため、当該被保険者に係る介護保険料の支払い又は還付金、及び高額介護サービス費・介護給付費の受領について、相続人全員を代表して行うことを申し立てます。他の相続人に対しましては、私の責任において、異議のないよう処理し、旭川市に一切の迷惑をかけないことを申し添えます。もし、私により、旭川市に損害を与えた場合は、その責任の一切を負います。なお、必要に応じて戸籍請求を行うことについて同意します。

(相 続 人 代 表 者)	住所				
	氏名		被保険者 との続柄		
	生年月日	大・昭 平・令 年 月 日	電話番号		

なお、被保険者に係る介護保険料還付金・高額介護サービス費・介護給付費の発生時は、次の口座へ振り込みをお願いします。口座の名義人は申立者と同じ方のみとなります。

振 込 先			銀行・信用金庫 信用組合・協同組合				本店(所) 支店(所)	
	預金種別	普通・当座 その他()	口座番号					
	フリガナ							
	口座名義人							
	ゆうちょ銀行を御希望の場合で振込の受取口座番号がわからない場合は、次の欄に通帳記号・通帳番号を御記入ください。							
	ゆう ちょ 銀 行	記号			番号			

回答者が相続人代表者ではない場合は裏面②へ御記入ください。
※①へ記入されている場合は裏面②への御記入は不要です。

※旭川市使用欄	入力	停解
---------	----	----

②回答者が相続人代表者ではない場合

相続人の有無	あり ・ なし
--------	-------------------

（上記で「あり」と回答された場合）
被保険者の相続人代表者は次の者であることをお知らせします。

住所			
氏名		被保険者 との続柄	
電話番号			

こちらの用紙の回答者を御記入ください。

回 答 者	住所		
	氏名		被保険者 との続柄
	電話番号		

【注意事項】

- 1 申立者が法定相続人以外の場合は、遺言公正証書など相続関係がわかる書類の写しを添付してください。
- 2 相続財産管理人が申立者の場合は相続財産管理人に選任されたことを証する審判書の写しなどを添付してください。
- 3 過去に未納の保険料がある方は、還付金が発生した場合、未納分へ充当いたします。

（問合せ先）
介護保険課介護保険料係
旭川市7条通9丁目
総合庁舎2階 14番窓口
電話番号：0166-25-5356

◆封筒貼付用宛先用紙

郵送での御提出の際に、点線で切り取り、封筒に貼り付けて御利用ください。

御手数ですが
所定の金額の
切手をお貼り
ください。

〒070-8525

（受取人） 旭川市7条通9丁目
旭川市福祉保険部
介護保険課介護保険料係

