

介護保険 相続人代表者指定届兼口座指定届

被保険者	氏 名	生年月日	被保険者番号									
		大・昭 年 月 日										

(あて先)
みやこ町長

上記被保険者に係る次のものについて、請求及び受領する相続人の代表者を下記のとおり指定します。
 なお、本件の請求及び受領について、他の相続人に対して一切の責任を負います。

令和 年 月 日

届出者 住 所

氏 名

電話番号

請求及び受領するもの ※○をつけてください。		保険料還付金		高額介護（合算）（介護予防）サービス費 払戻金									
		通知書等郵便物		その他（ ）									

相続人代表者	フリガナ氏 名						被相続人との続柄	被相続人の
	生 年 月 日	大・昭・平 年 月 日						
	住 所 (住民票所在地)	〒 ー 都・道 府・県						
	※住民票所在地と異なる住所に居住している場合	〒 ー 都・道 府・県						
	電 話 番 号	ー ー						

振込口座	金融機関名	銀 行 農 協 信用金庫 ()					本 店 支 店 出 張 所				
	口 座 種 別	普 通 当 座	口 座 番 号 ※右づめで記入してください。								
	口座名義人 (カタカナ)										

※左づめで記入してください。濁点・半濁点は一字として、姓と名の間は一字あけてください。

事務処理欄 ※該当する項目にチェックをつけてください。		
届出者の本人確認事項	受付者	端末入力者
☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ マイナンバーカード ☐ その他（ ） ☐ 面識・質問（職員氏名 ）		