

介護保険 相続代表者及び介護保険料等の振込口座指定届

中間市長様

令和 年 月 日

当該被保険者の介護保険に係る相続代表者及び介護保険料等（※）の振込口座を下記のとおり指定します。
 なお、口座の変更を申し出ない限り下記口座に振込を行うことに同意します。

※介護保険料等とは… 介護保険料と高額介護サービス費を指します。

被 保 険 者	被保険者番号											
	フリガナ											
	氏名						生年月日	年 月 日				
	住所											

届 出 人	フリガナ											
	氏名						被保険者との続柄					
	住所											
	電話番号											

☐ 届出人と同じ（相続代表者が届出人と同じ場合は記入不要）

相 続 代 表 者	フリガナ											
	氏名						被保険者との続柄					
	住所											
	電話番号											

☐ マイナンバーカードに登録した「公金受取口座」を指定します。（下記の口座情報は記入不要）

振 込 口 座	金融機関名											支店名										
	口座種別	普通 ・ 当座										口座番号										
	フリガナ																					
	口座名義人																					
	被保険者との関係	配偶者 ・ 子 ・ 孫 ・ 兄弟姉妹 ・ その他（ ）																				

◎相続代表者と口座名義人が異なる場合は「委任状」が必要です。

〈委任欄〉 相続代表者として、介護保険料等の振込口座について上記口座名義人の者に委任します。 _____ 相続代表者氏名 _____ 相続代表者住所																			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付	入力	確認