

# 氷見市介護保険 申立誓約書兼口座届出書

## ○死亡された被保険者について

被保険者番号											
被保険者氏名											
生年月日	明治・大正・昭和						年	月	日	性別	男・女

死亡年月日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

## ○振込先口座

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )					本店 支店 支所			
	金融機関コード					店舗コード			
預金種目	普通・当座・貯蓄					●口座番号は7桁です。7桁未満の場合は、先頭を0で埋めてください。 ●口座名義人はカタカナで左詰めで記入し、姓と名の間は1字空けてください。			
口座番号									
口座名義人 (カタカナ)									

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は ( ) 内に記入してください。

氷見市長 あて

上記のとおり介護保険給付費等（給付費、高額介護（予防）サービス費、高額医療合算介護（予防）サービス費、保険料等）の振込先口座を指定します。

なお、振込先口座が私の名義でない場合は、口座名義人に受領の権限を委任し、個別に振込請求申出書等がある給付費等については、その口座（法定相続人の口座に限る。）に振込を行って差しつかえありません。

また、死亡した被保険者に係る介護保険給付について、氷見市より支給される給付費等の申請、請求及び受領に関する一切を相続人を代表して行うことを申し立て、その責任の全てを負うことを誓約します。

令和 年 月 日 ( 千 - )

申立人住所 \_\_\_\_\_

申立人氏名 \_\_\_\_\_  
(※相続人代表者)

被保険者との続柄 配偶者・子・その他 ( \_\_\_\_\_ )

連絡先電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_  
(※委任状ありの場合)

法定相続人とは、配偶者及び子（亡くなられている場合は孫・ひ孫）、親、兄弟姉妹（亡くなられている場合は、その子）になります。※申立人の本人確認書類の提示をお願いします。代理となる方が手続きされる場合は、委任状が必要です。

氷見市使用欄

総括	保険料担当	特記	□入力済	給付担当	□保険料	□送付先	受付・本人確認	
		高額	□変更 □終了 □なし		<b>本人確認書類</b> □マイナンバーカード □運転免許証 □医療保険被保険者証 □介護保険被保険者証 □その他 ( )		委任状 □あり □なし	
		合算	□変更 □終了 □なし					
		償還	□変更 □終了 □なし					