

後期高齢者医療・介護保険料還付金等（口座振込） 申出書

令和 年 月 日

美 称 市 長 様

(故人)

生年月日 大・昭 年 月 日

に関わる

☐後期高齢者医療保険料の還付金について

☐介護保険料の還付金について

☐介護給付費について

本人が、令和 年 月 日に死亡したため

(続柄) である (氏名) が代表相続人

となり、下記口座にて受領いたします。

なお、上記支給金は私が相続したものであり、後日、他の相続人の承認を得ることを確約しますが、万一、他の相続人と紛議を生じても相続者間で解決するものとし、私が一切の責任を負うものとします。

届 出 人 (代 表 相 続 人)

〒

住 所

氏 名

電話番号 ()

金 融 機 関		銀 行 信 用 金 庫 農 協 ・ 漁 協		本 店 (所) 支 店 (所) 出 張 所			
種 別	普 通 ・ 当 座 そ の 他 ()	口 座 番 号					
金融機関コード				店舗コード			
フリガナ							
口 座 名 義 人							

※ 「ゆうちょ銀行」の口座を指定される場合は、通帳の写しを添付してください。

委 任 状

令和 年 月 日

※ 届出人(代表相続人)以外の口座に振込を希望される場合には、必ず委任状を記載してください。

私 は、 を代理人と定め、保険料還付金等の受領に関する権限を委任します。

委 任 者 氏 名

印

担当者入力確認

保険年金班 介護保険班

後期高齢者医療・介護保険料還付金等（口座振込） 申出書

令和 年 月 日

美 祢 市 長 様

(被保険者)

生年月日 大・昭 年 月 日

に関わる

☐後期高齢者医療保険料の還付金について

☐介護保険料の還付金について

☐介護給付費について

下記の口座への振込を希望します。

被 保 険 者

〒

住 所

氏 名

電話番号 ()

金 融 機 関		銀 行 信 用 金 庫 農 協 ・ 漁 協		本 店 (所) 支 店 (所) 出 張 所			
種 別	普 通 ・ 当 座 そ の 他 ()	口 座 番 号					
金融機関コード				店舗コード			
フリガナ							
口 座 名 義 人							

※ 「ゆうちょ銀行」の口座を指定される場合は、通帳の写しを添付してください。

委 任 状

令和 年 月 日

※ 届出人(被保険者)以外の口座に振込を希望される場合には、必ず委任状を記載してください。

私 は 、 を代理人と定め、保険料還付金等の受領に関する権限を委任します。

委 任 者 氏 名

印

担当者入力確認	
保険年金班	介護保険班