島原地域広域市町村圏組合管理者　様

介護保険資格喪失届

次のとおり届け出ます。

資格喪失日	年　月　日	届出日	年　月　日
届出事由	①死亡　②職権喪失　③適用除外該当　④その他喪失		

届出人	氏　名		被保険者との関係	
	住　所	〒		
	電話番号			

	氏名	生年月日
被保険者	フリガナ	明・大・昭
		年　月　日

※届出事由が①死亡の場合、相続人代表者の方は以下を記入・押印してください。

【介護保険料及び給付費等に関する申立書】

上記被保険者の保険料及び給付費等にかかる一切の権限を、　年　月　日　本人死亡のため、私が相続することを申し立てます。

なお、今回のことにつきまして、相続人間で争いが生じた場合には、責任を持って対応することとします。

島原地域広域市町村圏組合　管理者　様

年　月　日

相続人代表　住　所

申立者氏名　㊞

続　柄

電話番号

相続人の代表者の方へは、亡くなられた被保険者様に関する通知を送付いたします。

＊お願い＊

亡くなられた被保険者様の還付金・給付費等がある際の振込み先確認のため、**相続人の方の通帳１ページ目（銀行の支店名等が記載されているページ）の写し**の添付をお願いします。

職員記入欄	被保険者番号										