被保険者の死亡による請求者変更届

鹿沼市長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 死亡した被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 氏 名 |  | | | | | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 死亡年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請  求  者 | フリガナ |  | | 続　柄 |  |
| 氏名 |  | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 住所 | 〒 | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 振込先 | 銀行  信用金庫  信用組合  労働金庫  農業協同組合 | 本店  支店  支所 | １．普通　２．当座 | |
| 口座番号 | |
|  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届　　出　　人 | □請求者と同じ⇒下記記入不要 | |
| フリガナ |  | 続　柄 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |



□　「請求者」が代表相続人であることの確認

**（職員処理欄）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 高　額 | 住　改 | 用　具 | その他 |