**介護保険料　代理人承諾書　 （ 提出方法: 窓口・郵送 ）**

代理人は、被保険者の未支給年金請求者や相続順位が上位の方にお願いしています。

被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　死亡日　　月　　日

１

被保険者番号

上記の者の保険料の精算（納付又は還付）に関する代理人になることを承諾します。

令和　　年　　月　　日

代理人　　〒　　　　－

住　　　所

２

フ リ ガ ナ

氏　　　名

被保険者との関係　　　 　　　　　　 電話番号　　　　　（　　　　　）

※　未支給年金請求（予定）者の有無（該当する番号を〇で囲んでください。）

１．上記と同じ方が請求　　２．請求者がいない　　３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

保険料が年金から特別徴収されていた被保険者の代理人は、未支給年金請求者にお願いします。

※　代理人と被保険者が別世帯の場合は、相続権を確認できる書類を提出してください。

《還付金が生じる場合の受取方法について、受取方法①または②にご記入ください。》

**受取方法 ①**（公金受取口座を利用する場合）

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を還付金の受取りに利用します。

　（下記に代理人の個人番号（マイナンバー）をご記入ください。）

３

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

個人番号

必要書類：マイナンバーカード（窓口受付：提示、郵送受付：カード両面のコピーを同封）

**受取方法 ②**（公金受取口座を登録していないなどにより、受取方法①を選択しない場合）

下記の口座を還付金の受取りに利用します。

４

銀行　金庫　　　　　　　　　　　　　本店 　営業部

（１）　　　　　　　　　　　 　　組合　　　　　　　　　　　　　支店　 出張所　（　　　　　）

　　 ※ ゆうちょ銀行の支店名は「漢数字支店名」をご記入ください。 支店コードが分かればご記入ください↑

（２）口座番号　　　 　　　　　　　　普通　　当座

（３）口座名義人(代理人) カタカナ氏名

代理人本人確認書類

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A | 運 | 個 | 旅 | 障 | 他 | 顔写真あり |
| B | 住 | 保 | 介 | 年 | 他 | 官公署発行 |
| C | 身 | 通 | カ | 診 | 他 | 民間発行等 |

※他の場合（　　　　　　　　　　　　　）

A：１点のみで確認

B：２点で確認

C：１点及びB:１点で確認

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付 | 宛名・口座入力 | 点検１ | リスト  管理 | 送付日 | 点検２ |
|  |  |  |  |  |  |